

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

ЈЕЛЕНА С. ЛАЗАРЕВИЋ

АНКСИОЗНОСТ РОДИТЕЉА
АДОЛЕСЦЕНАТА КОЈИ СЕ ЛЕЧЕ ОД
АЛКОХОЛИЗМА

МАСТЕР РАД

Београд, 2018. године

Ментор:

Др Дијана Лазих- Пушкаш, редовни професор
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Универзитет у Београду

Чланови комисије:

Др Данка Радуловић, редовни професор
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Универзитет у Београду

Др Александар Југовић, редовни професор
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Универзитет у Београду

ДАТУМ ОДБРАНЕ: _____

АНКСИОЗНОСТ РОДИТЕЉА АДОЛЕСЦЕНАТА КОЈИ СЕ ЛЕЧЕ ОД АЛКОХОЛИЗМА

АПСТРАКТ

Породица, друштво, култура су само неки од значајних фактора који утичу на злоупотребу и могућу зависност од алкохола и осталих психоактивних супстанци. Како би могли превентивно деловати, потребно је познавати чиниоце који утичу на развој овог облика зависности.

У оквиру теоријског дела, поред појмовних одређења и описа анксиозности, приказана су основна појмовна одређења, заблуде, дијагностички критеријуми, облици и последице зависности од психоактивних супстанци.

У раду ће такође бити објашњен концепт породице, повезаност породице са болестима зависности и начин функционисања кроз породичну системску терапију. Истраживачки део рада је посвећен процени степена анксиозности код родитеља адолесцената који су на лечењу.

Постоје истраживања која јасно осликавају везу између одређених пракси родитеља и навика адолесцената према алкохолу. Ако су ставови родитеља слободнији и отворенији према употреби алкохола већа је вероватноћа да млади крену са опијањем раније, што са повећаном количином алкохола који се уноси условљава већи проблем.

Циљ је утврђивање карактеристика породице које су на породичној системској терапији, утврђивање присуства анксиозности код родитеља адолесцената који су на лечењу као и утврђивање промене степена анксиозности након 8 недеља терапије.

Основни извор података у истраживању били су родитељи адолесцената који се лече од алкохолизма, који су обухваћени истраживачким узорком. У ту сврху је креиран посебан инструмент у форми упитника затвореног типа. Општи упитник који је конструисан за ово истраживање даје нам увид у основне социодемографске податке испитаника као што су: пол, узраст, брачни статус родитеља, запосленост и број чланова породице. На самом почетку упитника налазе се објашњења и упутства за попуњавање. Упитник се састоји од 21 питања.

Како би се утврдио степен анксиозности, други део упитника је Бекова скала анксиозност која се током два месеца, једном недељно давала испитаницима.

Закључак:

На основу анализе добијених података закључујемо да постоји повећан степен анксиозности родитеља адолесцената који су на лечењу. Такође закључујемо да се тај повећан степен анксиозности кроз терапију смањује.

Кључне речи: *анксиозност, родитељство, адолесценција, алкохолизам, злоупотреба*

THE ANXIETY OF THE PARENTS OF ADOLESCENTS WHO ARE ON TREATMENT

Abstract: Family, society, culture are just some of the important factors that affect abuse and possible dependence on alcohol and other psychoactive substances. In order to be able to act preventively, it is necessary to know the factors that influence the development of this form of abuse.

Within the theoretical part, in addition to conceptual determination and description of anxiety, the basic conceptual definition, misconception, diagnostic criteria, form and consequence of dependence on psychoactive substances are presented.

This research will also explain the concept of family, family relationship with addiction diseases and the way of functioning through family systemic therapy.

The research work is devoted to assessing the degree of anxiety in the parents of adolescents who are on treatment.

There are researches that clearly explain the relationship between certain practices of the parents and the habits of adolescents problem with alcohol abuse. If the attitudes of the parents are more free and open to the use of alcohol, the likelihood that the young begin to get drunk earlier is that the increase in the amount of alcohol entering is a major problem.

The aim is to determine the characteristics of the family that are on family systemic therapy, determine the presence of anxiety in the parents of adolescents who are on treatment, and determine the change in the degree of anxiety after 8 weeks of therapy.

The main source of data in the research were the parents of adolescents who are being treated with alcoholism, which are included in the research sample. To this end, a special instrument was created in the form of a closed-type questionnaire. The general questionnaire designed for this research gives us insight into basic sociodemographic data of respondents such as: sex, age, marital status of parents, employment and number of family members.

At the very beginning of the questionnaire there are explanations and instructions for filling in. The questionnaire consists of 21 questions.

In order to determine the degree of anxiety, the second part of the questionnaire is Beck's scale anxiety that was given to respondents within two months.

Conclusion:

Based on the analysis of the obtained data, we conclude that there is an increased degree of anxiety of the parents of adolescents who are on treatment. We had also conclude this increased level of anxiety through therapy is decreasing.

Key words: *anxiety, parenting, adolescence, alcoholism, abuse*

САДРЖАЈ

УВОД	1
1. ТЕОРИЈСКИ ДЕО	2
1.1. Анксиозност	2
1.2. Породица	3
2. АЛКОХОЛИЗАМ	9
2.1. Алкоголизам- дефиниција	9
2.2. Први контакт са алкохолом и специфичности употребе алкохола	11
2.3. Фактори који могу утицати на употребу алкохола	12
2.4. Узроци настанка алкоголизма и употребе алкохола	13
2.5. Карактеристике адолесцентног периода	14
2. ЕМПИРИЈСКИ ДЕО.....	16
1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА	16
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА.....	16
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	17
3.1. Време и место истраживања	17
3.2. Узорак истраживања	18
3.3. Извори и начин прикупљања података, технике испитивања и инструменти.....	18
3.4. Методе обраде и анализе података.....	18
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ	19
4.1. СТРУКТУРА ИСПИТИВАНОГ УЗОРКА	19
4.2. Структура података.....	20
5. РЕЗУЛТАТИ.....	35
6. ДИСКУСИЈА	45
7. ЗАКЉУЧАК.....	49
7.1. ПРЕДЛОЗИ И ПРЕПОРУКЕ	49
8. ЛИТЕРАТУРА.....	54

УВОД

Породица, друштво, култура су само неки од значајних фактора који утичу на употребу, злоупотребу и могућу зависност од алкохола. Како би могли превентивно деловати, потребно је познавати чиниоце који утичу на развој овог облика зависности.

Употреба алкохола међу младима данас представља предмет посебне друштвене брига и постаје све заступљенији на глобалном нивоу. У нашој земљи нема епидемиолошких података о алкохолизму, али постоје студије које на узорцима од неколико стотина или хиљада младих испитаника указују на озбиљну проблематику у вези са злоупотребом алкохола, са којом се сусрећемо последњих деценија.

Посебна пажња би требала да се усмери на понашање младе особе и на неке од знакова који могу указивати да малолетник злоупотребљава алкохол. Неки од знакова јесу и академски проблеми, промена групе пријатеља, смањено интересовање за активности, проналажење алкохола међу стварима младе особе или осећање алкохола у њиховом даху, неразговетан говор, проблеми у координацији, проблеми концентрације или меморије. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

Најважнији фактори који су битни за разумевање процеса настанка и развоја алкохолизма код младих јесу адолесценција, породица, група вршњака и шира социјална средина.

Предмет мастер рада је теоријска и емпиријска анализа анксиозности родитеља адолесцената који су на лечењу од зависности. Садржај мастер рада састоји се из два основна дела: теоријског и истраживачког. Теоријски део је подељен у целине, које својим садржајима пружају теоријску основу на којој је постављено емпиријско истраживање. У оквиру прве тематске целине је реч о анксиозности, породици и шиховим карактеристикама. Друга целина се односи на адолесцентни период, као и приказивање фактора и узрока злоупотребе алкохола код младих.

Трећа целина се односи на породичну системску терапију и њене карактеристике.

У оквиру последње целине су приказане карактеристике инструмената за процену степена анксиозности. Истраживачки део рада садржи објашњење методологије која је коришћена у истраживању, као и приказ и дискусију резултата добијених истраживањем степена анксиозности код родитеља адолесцената који се лече од зависности.

1. ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1.1. Анксиозност

Када говоримо о анксиозности веома је важно да кажемо шта се дешава у нашем мозгу и телу.

Амигдала- скуп неурона облика бадема се налази дубоко смештен у нашем мозгу и њена улога је одлучујућа у регулисању и изражавању анксиозности и страха. Када амигдала региструје нешто што може да нас угрози, активира хипоталамус и хипокампус. Улога амигдале је да непрекидно тестира информације које добија из нашег окружења преко наших чула и информација које добија из наших органа. Када детектује неки емоционални садржај везан за страх, стрес, шаље сигнал хипоталамусу и хипокампусу који преузимају одређену акцију.

Када је анксиозност здрава она нас припрема да се уклонимо од нечег опасног, када је нездрава она може паралисати од активности који су веома важне за нас.

Хормон кортизол се производи када смо под стресом. Када је кортизол у вишим нивоима у нашем телу тада се штеди глукоза која је неопходна мозгу, производи се нова енергија из резерви и неке активности у нашем телу почињу да буду ниско приоритетне. Нажалост, у времену у којем живимо наше тело, након стреса често нема прилику да се опусти тако да долази до хроничног стреса и продуженог лучења кортизола.

Анксиозност није једини и главни узрок одређених болести али игра веома важну улогу. Хипогликемија може узроковати мноштво симптома, укључујући и главобољу, знојење, дрхтавицу, слабост, глад, умор, мучнину али је битно схватити да већина људи нема проблема са хипогликемијом упркос тенденцији да се сви симптоми преписују ниском нивоу шећера у крви. (Greist, Jefferson, Marks, 1988).

Хормон окситоцин поспешује осећање поверења и сигурности у нама. Хормон се производи када се осећа разумевање, подрушка, загрљајем и мажењем животиња. Умирује активност амигдале, хипоталамуса и хипокампуса.

Страх је нормална људска реакција на неку реалну опасност. И није природно немати страх као реакцију у неким околностима које нас окружују у том тренутки. Може се рећи да смо сви подложни стресу током целог нашег живота и да је увек присутна напетост и брига поводом неких будућих дешавања.

Тешкоће са концентацијом, тешкоће са спавањем, брига, очекивање најгорег могућег исхода, нервоза у стомаку, све су то симптоми генералног поремећаја анксиозности који је међу најчешћим психолошким проблемима у развијеним земљама.

Разлика између 'нормалне' анксиозности и анксиозног поремећаја није увек јасна. Људи који пате од анксиозности могу повремено да имају бриге, али осећања не утичу на свакодневни живот, родитељ на пример може да брине ако његово дете увече касни.

Нормална анксиозност је сигнална, заштитна емоционална реакција, јавља се повремено и има мотивациону и адаптивну функцију.

Родитељи са анксиозним поремећајима чешће имају анксиозну децу и обрнуто, анксиозна деца имају значајно веће шансе да имају родитеље са анксиозним поремећајем- фамилијарна трансмисија. Превелику забринутост је тешко контролисати и она може довести до проблема приликом свакодневног функционисања.

1.2. Породица

Подршка породице је водећи чинилац који одређује нормалан развој човека и психичко здравље свих чланова породице. Породица може да буде извор највеће сигурности, подршке и мотивације за појединца, али и обрнуто, извор несигурности, стреса, расправа и проблема.

Ментално здравље одраслих зависи од услова у којима су одрастали, сагледава и најраније фазе, нарочито дешавања у раном детињству и адолесценцији која су се дешавала у породици. Породица је осетљива на промене у свом унутрашњем и спољашњем окружењу, где функционисање породице зависи и од социо-економског контекста, структуре, интеракције и функционисања породичних подсистема, ванпородичних система и самог друштва у целини.

У истраживању породица нарочито је важан системски приступ, јер проучава породицу као систем који је, са једне стране, део ширег система, а са друге, тај исти систем се посматра као скуп мањих, међусобно условљених система. Системски приступ подразумева концепт система који се одржава узајамном интеракцијом својих делова и у оквиру кога се наглашава значај системског функционисања, целовитости и уређености. Породица и јесте систем у сталној промени .

Промене које се дешавају у друштву и време у ком живимо, праћено бројним турбулентним променама, стална су претња здрављу људи и њиховог породичног система. Све то чини да се људи осећају угрожено, где се намећу ситуације сталне забринутости за сопствено здравље и здравље своје породице. У таквим условима последице по развој, улогу и место породице у друштву су велике, угрожавајуће, неретко и кобне. (Минић, 2009.)

Породица представља важан фактор за дететов социјални развој. Успостављање позитивних емоционалних веза родитеља са својим дететом предуслов је развоја социјалних компетенција које су деци неопходне за постизање одређене социјалне зрелости.

Посматрајући алкохолизам као део породичног система, може се рећи да је потврђена повезаност између алкохолизма и породичне патологије. Алкохолизам може бити узрок а и последица настанка породичне патологије и у оба случаја свакако провоцира породичне проблеме или рецидивизам употребе алкохола.

Постоје истраживања која јасно осликавају везу између одређених пракси родитеља и навика адолесцената према алкохолу. Ако су ставови родитеља слободнији и отворенији према употреби алкохола већа је вероватноћа да млади крену са опијањем раније, што са повећаном количином алкохола који се уноси условљава већи проблем. Родитељи који имају изражен и чврст став о забрани употребе алкохола засигурно ће пролонгирати почетак пијења код своје деце.

У крос-културалним студијама наглашава се да узрок породичних конфликта и неслагања између родитеља може бити условљен стресом који је изазван злоупотребом алкохола од стране адолесцента.

Породица као протективни фактор пружа могућност и модел позитивног и просоцијалног понашања као и подршку за одржавање привржености просоцијалном понашању што се може постићи родитељским интересовањем за своје дете и његове активности и његову сигурност.

Сигурност је веома важан мотив. И поред тежње да се повећа степен предвидљивости окружења у коме се живи, апсолутне гаранције сигурности не постоје.

Анксиозност, стрепња, тескоба се јавља као одговор породице на променљивост и неизвесност, која је у основи животних тешкоћа. Неизвесност је праћена очекивањем да се може десити нешто опасно и лоше. Што је већа процењена вредност угроженог аспекта егзистенције, анксиозност је већа.

Такође, јасне границе, које искључују мољакања и преговарања, смањују анксиозност. Успостављена правила и рутине, чије поштовање је испратио родитељ, стварају пожељну предвидивост у животу адолесцената. Предвидивост смањује неизвесност, а самим тим се смањује нервоза.

Родитељски и породични фактори:

- Хиперпротективни и интрузивни родитељски стил.
- Анксиозни родитељи повећавају ризик за анксиозне поремећаје деце моделовањем сопствених страхова.
- Породични дистрес, насиље у породици, родитељски развод и сепарације, као и све врсте злостављања деце.

Ако породица не зна или нема капацитета да успостави блискост, равнотежу и сарадњу у интересу њиховог раста и развоја, долази до застоја.

Недостатак заинтересованости, страха и бриге од стране родитеља за своје дете може бити показатељ запостављања и занемаривања. Веома битан показатељи занемаривања и запостављања јесу ако дете не одраста у складу са његовим потребама, интересовањима, ако се запостављају развојне потребе, могућности као и склоности детета и ако не постоји емоционална подршка и сигурност од стране родитеља. Деца оваквих родитеља одрастају са осећањима озлојеђености и накупљене агресивности, што их чини потенцијално погодним за развој разних поремећаја и често потенцијално опасним и за себе и за околину.

Посебно су ризичне породице без љубави, без међусобног уважавања, са доста страха, агесије. Породична адаптивност је способност породице да се на што адекватнији начин прилагоди одређеним кризама, тако што ће имати довољно снаге и воље да мења улоге, породична правила, хијерархијске позиције у ситуацијама које нису свакодневне и захтевају неку промену како би се што боље превазишла настала криза.

У одређењу критеријума за функционалност породице увек се полази од индивидуалности породице као био-психо-социјалне заједнице и њених специфичних задатака и циљева. Специфичност циљева којима породица тежи односи се на јединственост породичног система вредности, њен животни циклус и целокупну културну, економску и социјалну средину у којој породица живи.

Родитељско функционисање се односи на обезбеђивање заштите, подршке, разумевања, љубави, васпитања и социјализацију деце у породици. Социоекономско функционисање подразумева развијање породичних вредности, економске стабилности и усклађивање са друштвеним и културним нормама средине. Нека истраживања показују да су функционалне породице веома ретке. Показатељи функционалности породице су многобројни, и различити аутори се опредељују за различите манифестације као пресудне. Општу дефиницију функционалне породице је тешко дати. Већина аутора се ипак слаже да је то породица која успешно обавља већину својих задатака, у стању је да одговори развојним потребама својих чланова и ствара услове за развој здравих и зрелих људи. Оваква породица обезбеђује емотивну подршку и сарадњу и у стању је да избегне симптоматско понашање у кризним ситуацијама и транзиторним тачкама развоја. Функционалност породице огледа се и у селективној пропустљивости друштвених и културних утицаја. Функционална породица има већи број алтернативних решања и стратегија за превазилажење потешкоћа, и флексибилнија је у својим обрасцима понашања у кризним ситуацијама. Постоје јасне границе и правила међу члановима, која нису ни превише ригидна али ни превише дифузна, такође, јасна, директна и разумљива комуникације. Чланови су у стању да избалансирају блискост и дистанцу и могу да толеришу међусобна неслагања. Спонтаност, хумор и топлина су примарни извори снаге и један вид интеракције чланова.

Структурални модел породичне терапије наглашава значај породичне организације за адекватно функционисање породице. Функционална породица има капацитет да се прилагоди променама и потребама развоја. Фактори који су посебно важни су јасне границе и флексибилност система (баланс између аутономије и зависности). По структуралним терапеутима ефикасно функционисање породице захтева присуство аутотитета и моћи (јасна хијерархија). По њима две су варијабле важне за процену адекватности породице – блискост и хијерхија. Блискост не сме бити ни претерана али није пожељно ни да чланови буду превише дистанцирани. Најбоље је да хијерархија је таква да постоји јак и стабилан родитељски систем, одређена врста норми и правила који би били одговорни за подизање деце.

Родитељи морају да буду у довољној мери ослобођени интрапсихичких конфликта да би се инвестирали у родитељство, тј да би били способни да одговоре развојним потребама деце. Они које нису у стању да направе баланс између интелектуалног и емотивног функционисања карактерише присуство веће анксиозности и емоционалне реактивности. Добра селф-диференцијација значи способност и за везивање и за одвајање. Представници симболичко искуственог приступа указују на значај односа, интеракција међу члановима, са акцентом на важност отворене комуникације и показивања осећања. Функционална породица је у стању да расте и да еволуира. Симболичко искуствени модел инсистира и на флексибилности полних улога. Основне снаге види у афективној везаности чланова, и у коришћењу хумора, радости и нежности. Здраве породице нуде својим члановима слободу да буду оно што јесу, у њима се подржава и приватност и заједништво.

Породица је систем у сталној промени. Већина породица у развојним кризама успева да постепено пронађе нове односе уз истовремено чување породичног идентитета и функција. У том смислу нормалне, функционалне породице су оне које успевају да се адаптирају и да савладају задатке сваке фазе, као и стрес преласка из једне фазе животног циклуса у другу фазу. Овај задатак је за дисфункционалне породице претежак и оне остају заглављене у претходним фазама развоја.

Дисфункционалне породице, у које се убрајају и породице зависника, не успевају да развију нове креативне односе који поштују промену и непрестано теже ка повратку на претходно стање. Болест пацијента (у нашем случају зависност) се може схватити као један од начина да се одржи равнотежа у породичном систему коме прети промена.

Породица је та која продукује симптом, а њега може носити један или више чланова породице. (Вуков, 1988).

Оптимално породично функционисање подразумева међусобну повезаност и припадност породичној целини, поштовање индивидуалних разлика, поделу моћи и одговорности у брачном и породичном субсистему, флексибилност према променама, отворене комуникације, ефикасно решавање проблема и конфликта, постојање вредносног система, базичну економску сигурност и психосоцијалну подршку.

Критичне фазе у животном циклусу породице су: формирање породице, адолесцентна породица и породица у којој деца напуштају породични дом. Фаза адолесценције је најкритичнија у развојном циклусу породице. У дисфункционалним породицама комуникације су нејасне, индиректне, онај који прима поруку може је дисквалификовати, комуникационе вештине су веома сиромашне.

Присутне су тешкоће у контроли понашања, поремећаји на нивоу улога и породичне моћи и поремћаји на нивоу емоционалног учешћа чланова породице. (Ивановић, Дицков, Мишић, 2005).

Постоји мноштво животних циклуса породице, различите кризе, али и проблеми у функционисању породице који произилазе из недовољно усклађених партнерских односа. Функционалност и дисфункционалност породице зависе и од односа који постоје између чланова породице, али и од односа између породице и друштва. Породица која ствара услове за развој здравих и зрелих чланова, у границама њихових интелектуалних и креативних потенцијала, сматра се функционалном. (Тодоровић, Матејевић, 2012).

Функционална породица има способност да пронађе начине и решења за проблеме и конфликте са којима се сусреће. Располаже капацитетима, тј. одговарајућим ресурсима и способна је да испуни задатке и одговори развојним потребама својих чланова. За разлику од њих дисфункционалне породице најчешће одлажу решавање проблема, тако што не испуњавају задатке, не одговарају развојним потребама њених чланова.

Дисфункционална породица је стално у кризи, не препознаје проблем све до појаве симптома код својих чланова или претећег распада породичног система.

Функционална флексибилност подразумева постојање стабилне структуре и одређених ритуала, при чему постоји и могућност промене – адаптабилност, која подразумева прилагођавање промењеним околностима и развојним императивима у оквиру породичних животних циклуса, нарочито када су кризе у питању. Функционалан породични систем омогућава одржавање стабилности, али и отвара могућности за прилагођавање одређеним животним околностима и потребама чланова породице. Неуравнотежени породични системи нагињу ка томе да буду или ригидног или хаотичног типа. Ригидни однос је однос где је једна особа главна, где она поседује висок степен контроле, договори су лимитирани пошто је већина одлука наметнута од стране вође. Правила се стриктно дефинишу и она се никада не мењају. Хаотичан однос је однос у коме је лидерство нестално или ограничено. Одлуке се доносе импулсивно и о њима се никада довољно не размисли.

Улоге су нејасне и често се преносе са једног на другог члана. За разлику од њих, у ригидним породичним системима је присутна доминантност једног члана, при чему нема преговора, улоге нису дефинисане, а правила су ригидна. (Тодоровић, Матејевић, 2012)

Породична комуникација подразумева упознавање осталих чланова породице са својим идејама, мислима и осећањима. У тим ситуацијама се препознаје колико породица као група поседује вештине слушања, вештине и јасноћу говора, могућност праћења континуитета говора, уважавање и поштовање других наспрам истицања себе. За добру комуникацију неопходна је наизменична активност.

Веома важно за сагледавање функционалности породичног система су карактеристике актуелне фазе животног циклуса у којој се породица налази, као и питање ресурса или потенцијала којима располаже породица и којима се може оснажити њена функционалност. Сматра се да животни циклус појединца и породице подразумева временски оквир одређених дешавања и свако излагање из тих оквира може да угрози функционисање породичног система. (Олсон, 2000).

2. АЛКОХОЛИЗАМ

2.1. Алкохолизам- дефиниција

Употреба алкохола међу младима данас представља предмет посебне друштвене бриге и постаје све заступљеније на глобалном нивоу. У нашој земљи нема епидемиолошких података о алкохолизму, али постоје студије које на узорцима од неколико стотина или хиљада младих испитаника указују на озбиљну проблематику у вези са употребом алкохола, са којом се сусрећемо последњих деценија.

Алкохол спада у легалне дроге у већини земаља света. Друштвена реакција према овом опијату је различита. Она варира од неодобравања, преко контролисања места где се алкохол може купити и испијати до широког одобравања његове употребе. (Ћирић-Јанковић, Кисин, Килибарда, Бјелоглав, 2008).

Алкохол који се користи у малим количинама може да пружи пријатне ефекте јер опушта и делује релаксирајуће. Стање организма који је под дејством алкохола називамо пијанством. На менталном плану алкохол рапидно и ефективно мења доживљај реалности и има стимулативно и депресивно дејство. Утиче на развој мозга и може створити низ проблема.

Алкохол је због својих особина и дејстава значајан чинилац у настанку алкохолизма. По својим узроцима и раширеношћу Алкохолизам представља болест зависности, друштвену девијацију и социјални проблем. Алкохолизам се сматра трећом болешћу савременог света, одмах иза срчаних и малигних болести.

Процене Светске здравствене организације говоре да у просеку 3% становништва болује од алкохолизма (Станковић, Беговић, 2005:9).

У друштву у којем ми живимо алкохолизам се не доживљава још увек као социјални проблем. Алкохол је често веома доступан и сматра се делом традиције и културе.

Постоје различите дефиниције алкохолизма у зависности од фокуса посматрања. Одбор за ментално здравље је 1951. године дао једну од дефиниција: „Алкохоличари су оне особе које екцесивно пију, постајући постепено зависне од алкохола, при чему испољавају било отворене душевне поремећаје, било манифестације које оштећују њихово телесно и душевно здравље, њихове односе са другим особама и њихово добро социјално и економско понашање, било да само испољавају симптоме који наговештавају предзнаке такве природе” (Бошковић, 2002).

Ова дефиниција истиче три основне карактеристике алкохоличара:

- дуготрајно, прекомерно и екцесивно пијење
- психичку и/или физичку зависност
- здравствене (телесне и психичке) и/или социјалне (породичне, професионалне, шире друштвене и друге) компилације (Гачић, 1985:16).

Према медицинском дефинисању алкохолизам је хронична, прогресивна болест, стечена навиком, коју карактерише жеља за испијањем алкохолних пића, а у циљу постизања субјективног стања задовољства (Деспотовић, 1978).

2.2. Први контакт са алкохолом и специфичности употребе алкохола

Први контакт са алкохолом дешава се у веома раном узрасту. Ретке су прославе и дружења без употребе алкохола а у одређеним срединама млади који не пију сматрају се незрелим и недовољно одраслим. Разлози употребе алкохола су различити а често настају из заблуда да алкохол ствара сигурност, боље самопоуздање, да је хранљив, да је лек и друго. (Југовић, 2005).

Када се размотри доступност алкохола јасно је зашто млади људи не одолевају употреби, односно злоупотреби истог. Од великог је значаја друштво и култура појединца, односно обичаји у породици и ставови друштва о алкохолу.

Млади за неке од разлога коришћења алкохола наводе и побољшање расположења, због усамљености или одбачености, због досаде или пију по моделу њима значајних особа из најближег окружења.

Веровања о алкохолу деца усвајају веома рано и на почетку имају негативан став о томе па алкохол доживљавају као нешто лоше. Касније тај став почиње да се мења и први контакт са алкохолом најчешће имају у својој кући јер у појединим срединама постоје обичаји да се деци даје ракија, вино, пиво са веровањем да у мањим количинама то за њих може бити „здро“.

Чињеница је да већина становништва није едукована и адекватно информисана када је реч о алкохолизму, управо због наведених заблуда о алкохолу као здравој и корисној супстанци.

Према подацима Центра за породичну терапију алкохолизма, Института за ментално здравље у Београду, од укупног броја лечених алкохоличара у току 1988. године, 44% њих је било млађе од 30 година (Станковић и сарадници, 1992). Просечна старост испитаника код првог узимања алкохола била је 13,4 године, а просечна старост при доласку на лечење 25.5 година (Димитријевић и сарадници, 1992).

До сличних налаза о узрасту при првом контакту са алкохолом дошао је и професор Југовић (2005) у свом истраживању вршеном готово деценију и по касније.

2.3. Фактори који могу утицати на употребу алкохола

Постоји доста утицаја који доводе до злоупотребе алкохола. Неки од фактора који се издвајају јесу (Драгишић, Лабаш, Милић, 2006):

- друштвени фактори (економске кризе, политичка превирања, незапосленост)
- индивидуални фактори (генетски и биохемијски маркер ризика, рано проблематично понашање, агресивност, негативна расположења, проблеми са школовањем)
- породични фактори (пермисивни ставови родитеља, недоследност породичних правила, слаба кохезија, породични и брачни конфликти, одсуство блискости и позитивних односа).

Такође, деца без родитељског старања јесу карактеристична група управо због честог испољавања поремећаја понашања. По прилагођавању и испољавању ризичног понашања а самим тим и злоупотреби алкохола. (Rutter, 2000).

Када се све сумира, јасно је да посебна пажња треба да се усмери на понашање младе особе и на неке од знакова који могу указивати да малолетник злоупотребљава алкохол и остале психоактивне супстанце.

Неки од знакова су академски и/или проблеми у понашању, промена групе пријатеља, смањено интересовање за активности и/или изглед, проналажење алкохола међу стварима младе особе или осећање алкохола у њиховом даху, неразговетан говор, проблеми у координацији, проблеми концентрације и/или меморије. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

2.4. Узроци настанка алкохолизма и употребе алкохола

Када је реч о узроцима настанка зависности, може се рећи да она настаје постепено. Иако су људи склони да неку животну ситуацију прогласе узроком настанка зависности, прави узроци јесу много сложенији.

Постоје различити приступи а најприхватљивији јесте мултифакторски приступ који обједињује биолошке, психолошке и социјално - културалне узроке.

Дерек Рутхердорф «National Council of Alcoholism» наводи 4 узрока због којих млади људи пију (<http://www.znanje.org/psihologija/alkoholizam/01/alkoholizam.htm>):

1. утицај родитеља
2. социјални утицаји
3. утицај групе вршњака
4. пијење као помоћ младом човеку да се осећа “добро”.

1. Сматра се да је животни стил родитеља најзначајнији појединачни фактор одређивању да ли ће једно лице одлучити да пије као и на који начин ће то радити.

Наводи се да непотпуност породице услед физичког губитка једног или оба родитеља, што има за последицу емоционалне фрустрације, такође може имати значајан утицај у настанку алкохолизма младих. Такође наводе се породице у којима доминира хладан емотиван однос оца или мајке, запостављање деце као и физичко малтретирање где у тим ситуацијама отац не представља привлачан модел за идентификацију и може доћи до појаве негативне идентификације којом се објашњава узрок прекомерног пијења.

2. Употреба алкохола од стране младих представља реакцију на социокултурне притиске, док интерперсонални проблеми утичу на продужење злоупотребе. На пример, социоекономске кризе, које се нарочито одражавају на стандард породице, политичка превирања, рат, катастрофе и томе слично.

3. Поједини делови групе вршњака могу имати негативан утицај. Адолесценти могу прихватити пијење и друга проблематична понашања зато што припадају групи што укључује усвајање или имитацију различитих и карактеристичних навика.

Утицај групе вршњака као део социокултурног миљеа слаби моралне кочнице и охрабрује појединца да прибегне алкохолу, чиме се у групи смањује осећај кривице и ствара посебна емоционална клима. Треба имати у виду да је алкохол најшире друштвено прихваћена психоактивна супстанца.

4. Пијење као помоћ младом човеку да се осећа “добро” појављује се начешће као модел понашања при избегавању решавања различитих интерперсоналних и интрапсихичких тегоба.

2.5. Карактеристике адолесцентног периода

Најважнији фактори који су битни за разумевање процеса настанка и развоја алкохолизма код младих јесу адолесценција, породица, група вршњака и шира социјална средина.

Адолесценцију савремени концепти третирају као посебну фазу развоја која траје око десет година, а везује се за период између 11-е и 21-е године живота и обухвата три периода: рану, средњу и касну адолесценцију. Млад човек би требало да се прилагоди физичким променама изазваним растом и сексуалним развојем. Поред наведеног, не треба занемарити притиске и захтеве породице, културе и друштва. (Ђорђевић, 1995). Адолесценција је важан период за формирање ставова и њихово усвајање јер се тада формирају искуствени ставови према алкохолу.

Адолесценција протиче у знаку великих психичких криза као резултат сазревања и изградње индетитета. Тај период је препун парадоксалних ситуација које фрустрирају и изазивају бурна расположења. У таквим ситуацијама алкохол са својим добро познатим дејством стварања привидне сигурности може постати значајан психолошки стимуланс.

Породица има вероватно пресудан утицај на дете. Посебно су ризичне породице без љубави, без међусобног уважавања, са доста страха, агресије. Наслеђује се алкохоличарски образац понашања.

Системска породична терапија је уочила да младих алкохоличара има и у породицама где се не пије. Ту је реч о квалитету родитељских, породичних односа и немогућности родитеља да на адекватан начин одговоре родитељским улогама.

Вршњачке групе образују се крајем основне школе, а нарочито у средњој школи када формирају сопствену животну филозофију, препознатљиву, неретко, по спољашњим обележјима, рецимо по начину одевања, фризури, а у неким групама алкохол се појављује као елемент заједништва. Групе вршњака постоје у сваком добу али су најзначајније у маладалачком добу јер је тада њихов утицај највећи. Тада је та група једна врста колективне свести у којој се тражи потврда личних ставова. У неким групама се алкохол и друге психоактивне супстанце појављују као елемент заједништва. Тада се најчешће појављује и агресивно понашање, криминалитет, делинквенција.

Оно што треба нагласити јесте да вршњаци свакако могу имати и позитивни утицај на сазревање младог човека. Под тиме се сматрају спортска и уметничка друштва, и бројни примери позитивних деловања група вршњака.

Социјална средина овом проблему прилази површно или га пак занемарује, схватајући таква понашања као “младост-лудост”. Пасивност родитеља и друштва и чекање да ће проблематично понашање да нестане са доласком нових ствари у животу и сазревањем је само окретање главе од проблема. Избегавање суочавања са проблемом оправдавањима јесте само скидање одговорности са себе. (Станковић, Беговић, 2003).

Први контакт са алкохол се дешава врло рано и то је једна од специфичних одлика алкохолизма младих. Код већине је готово свко пијење прекомерно, праћено опијањима и екцесима у понашању. Пије се у друштву и увек такмичарски. Све је популарније мешање алкохола са психоактивним супстанцама јер се тако брже постиже жељени ефекат али са мање алкохола.

2. ЕМПИРИЈСКИ ДЕО

1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА

Предмет мастер рада је теоријска и емпиријска анализа степена анксиозности родитеља адолесцената који се лече од алкохолизма.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ овог истраживања јесте:

Утврђивање карактеристика породице које су на породичној системској терапији: састав породице, радни статус, образовање, материјални статус.

Утврђивање присуства анксиозности код родитеља адолесцената који су на лечењу.

Утврђивање мањег степена анксиозности код родитеља адолесцената након 8 недеља терапије.

ХИПОТЕЗЕ:

На основу постављеног предмета, циљева и задатака, формулисана је полазна истраживачка хипотеза која гласи:

Постоји веза између повишеног степена анксиозности родитеља и зависности адолесцената.

Под претпоставком постојања разлика у степену анксиозности родитеља адолесцената који се лече од алкохолизма и оних родитеља који немају такву историју са својом децом, изведене су посебне истраживачке хипотезе:

X1 Претпоставља се да су родитељи адолесцената који су на терапији повећано анксиозни.

X2 Претпоставља се да родитељи адолесцената на почетку терапије имају већи степен анксиозности и већи отпор према терапији.

X3 Претпоставља се да постоје разлике у социо-демографским подацима и да су повезане са већим степеном анксиозности родитеља

X4 Претпоставља се да је породична функционалност повезана са степеном анксиозности. Очекује се да родитељи који своју породицу процењују као дисфункционалну имају већи степен анксиозности од оних који своју породицу процењују као функционалну.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Време и место истраживања

Истраживање је реализовано у Институту за ментално здравље, у дневној болници за болести зависности, током 2017. године.

Дневна болница за болести зависности “Прим. др Бранко Гачић” основана је далеке 1978. године, а 1982. премештена је у Паунову улицу. У делу за одрасле лече се зависници од алкохола и патолошког коцкања, а у другом делу млади политоксикомани од 12 до 18 година. Део Дневне биолнице за младе основан је 2003. године. Примају се зависници са члановима породице у којој се спроводи програм системске породичне терапије по индивидуалном плану за сваког пацијента. (<http://imh.org.rs/o-institutu/>).

3.2. Узорак истраживања

Истраживачки узорак је био пригодан и чинили су га родитељи, оба пола, чија су деца на лечењу. (31 родитељ)

3.3. Извори и начин прикупљања података, технике испитивања и инструменти

Основни извор података у истраживању били су родитељи адолесцената који се лече од алкохолизма, који су обухваћени истраживачким узорком. У ту сврху је креиран посебан инструмент у форми упитника затвореног типа. Општи упитник који је конструисан за ово истраживање даје нам увид у основне социодемографске податке испитаника као што су: пол, узраст, брачни статус родитеља, запосленост и број чланова породице. На самом почетку упитника налазе се објашњења и упутства за попуњавање. Упитник се састоји од 21 питања.

Како би се утврдио степен анксиозности, други део упитника је Бекова скала анксиозност која се током два месеца, једном недељно давала испитаницима. Бекова скала се састоји од 21 питања на које испитаник одговара, на лествици од 0 до 3 (0- уопште није присутно и 3- веома изражено). Укупни резултат лествице упућује на степен анксиозности- већи резултат значи већи интензитет анксиозности.

3.4. Методе обраде и анализе података

За обраду података користили смо методе дескриптивне статистике, узрачување значајности као показатеља постојања статистички значајних разлика испитиване групе применом Т-теста и Ф-теста. Обрада добијених података рађена је уз помоћ програма SPSSver. 20 for Windows.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

4.1. СТРУКТУРА ИСПИТИВАНОГ УЗОРКА

Структура узорка је већ споменута и описана у претходном делу. Састоји се од 31 родитеља. Сагледане су карактеристике испитиваног узорка, као и евентуалне разлике у степену анксиозности у погледу испитиваног узорка. Карактеристике испитиваног узорка су сагледане у односу на:

Социо-демографске карактеристике: старост; брачно стање; родитељство, школска спрема;

Запослење: промене запослења;

Материјални статус: финансијски проблеми;

Услове становања: услови становања;

Породично окружење: породично окружење;

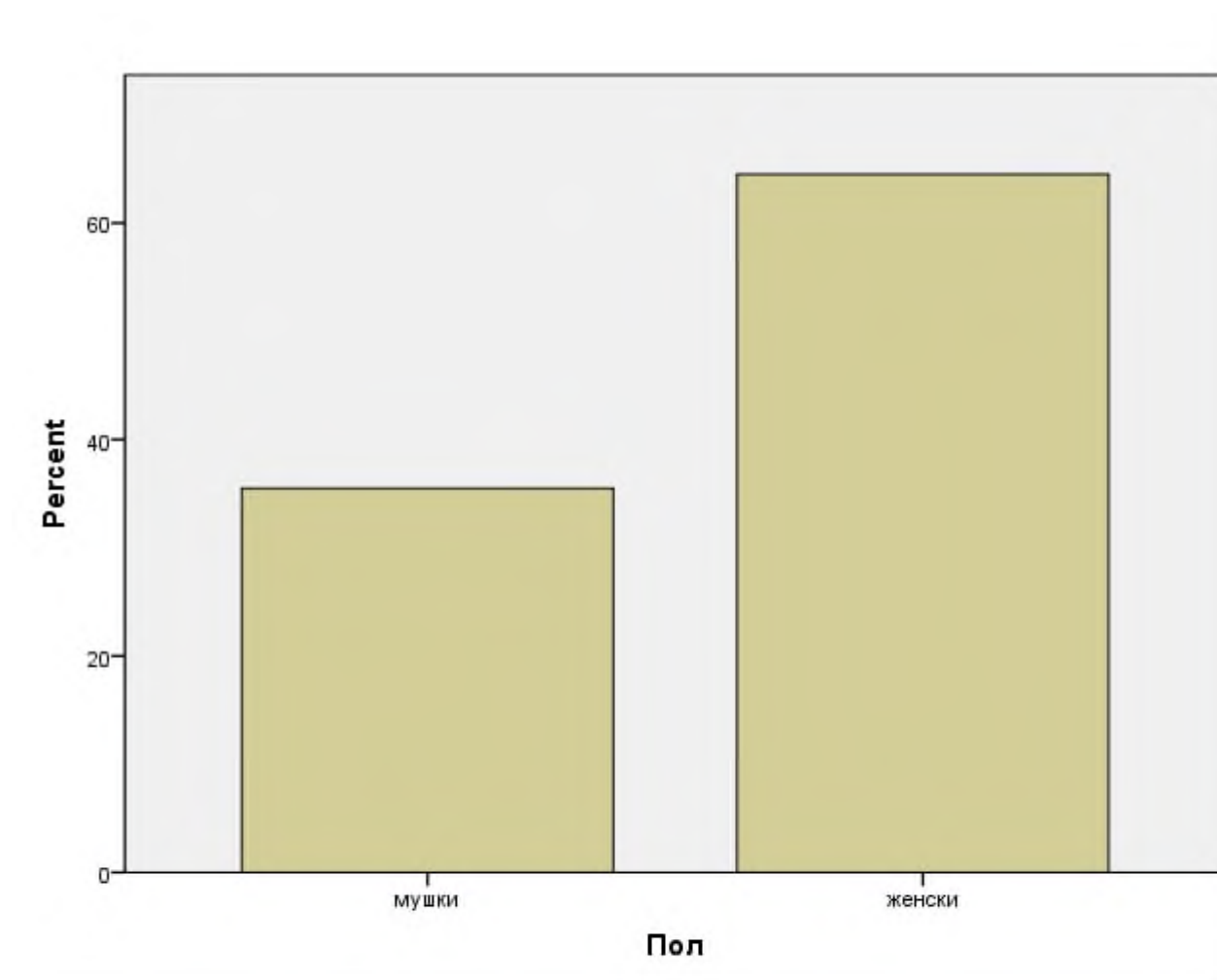
Проблеми са психоактивним супстанцама: коришћење дрога; проблеми са алкохолом (проблеми у пордици због алкохола);

Криминалну прошлост: рецидивизам; постојање новог кривичног поступка; привођење пре навршене шеснаесте године; изречене васпитне мере и/или казне малолетничког затвора;

4.2. Структура података

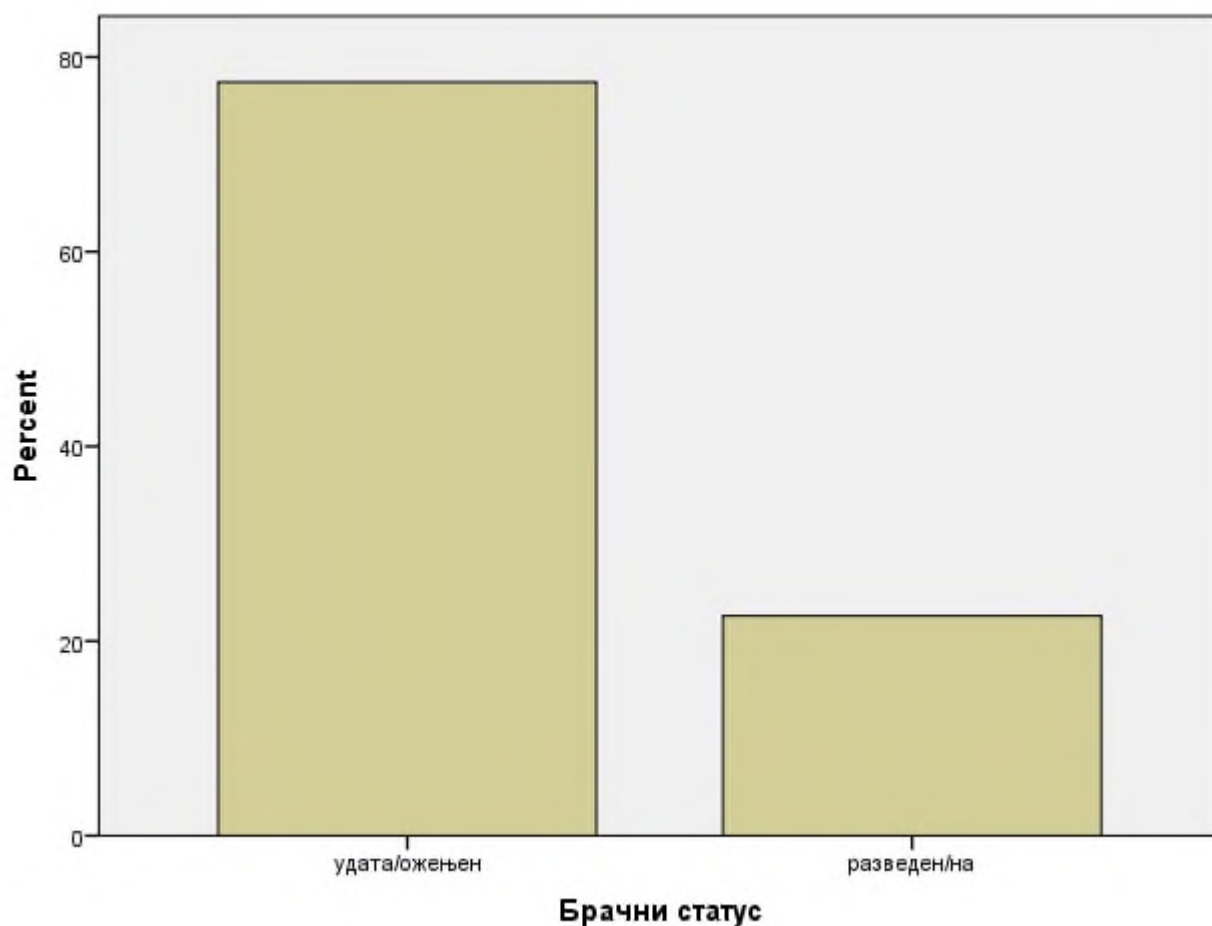
Истраживачки узорак је, посматрано према полу, неуједначен, уз веће присуство жена. Тачније 35,5% мушкараца и 64,5% жена.

Структура узорка је приказана на графикону 1.



Графикон 1

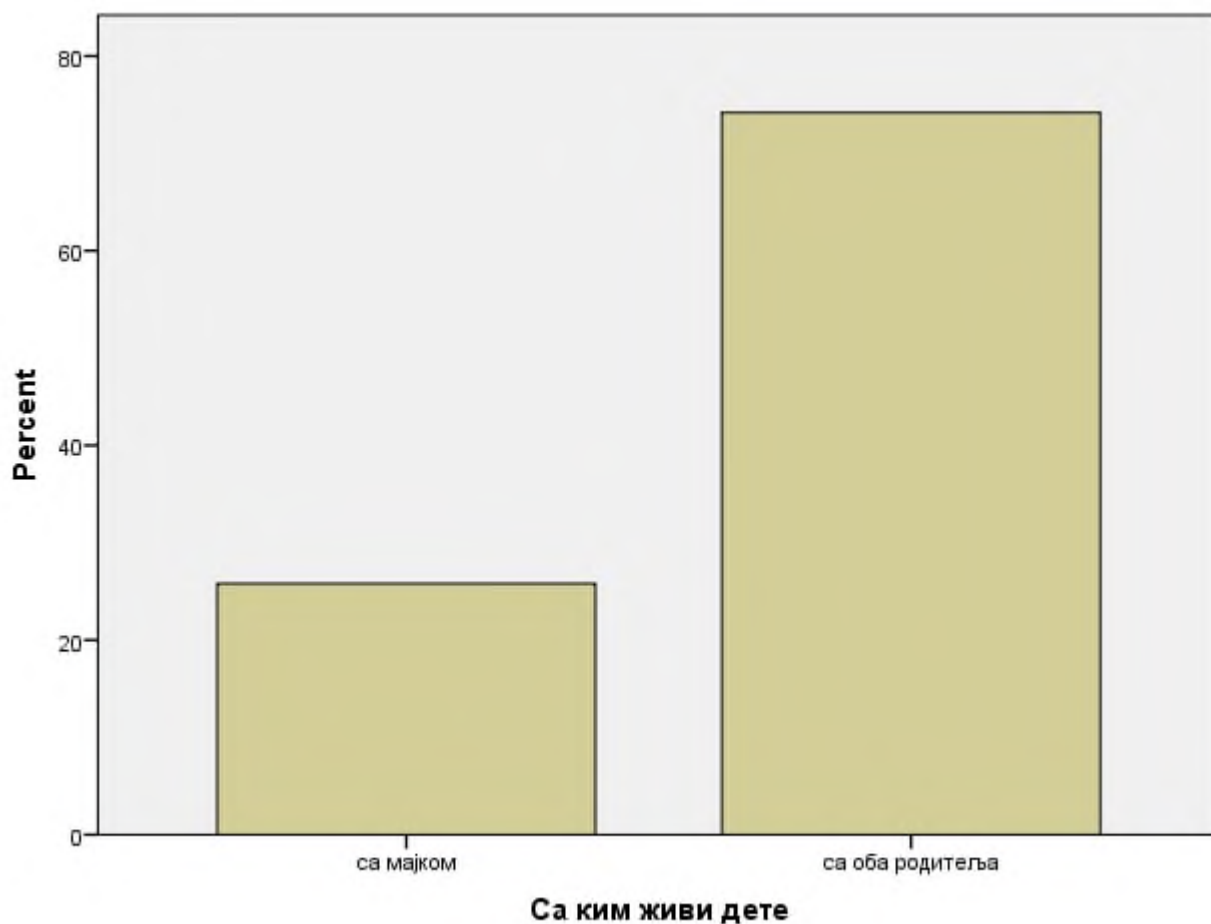
У узорку испитаника, 77,4% живи у брачној заједници, док је 22,6% разведено. Структура узорка је приказана на графикону 2.



Графикон 2

Највећи број испитаника, као што приказује претходни графикон, живи у брачној заједници заједно са својом децом.

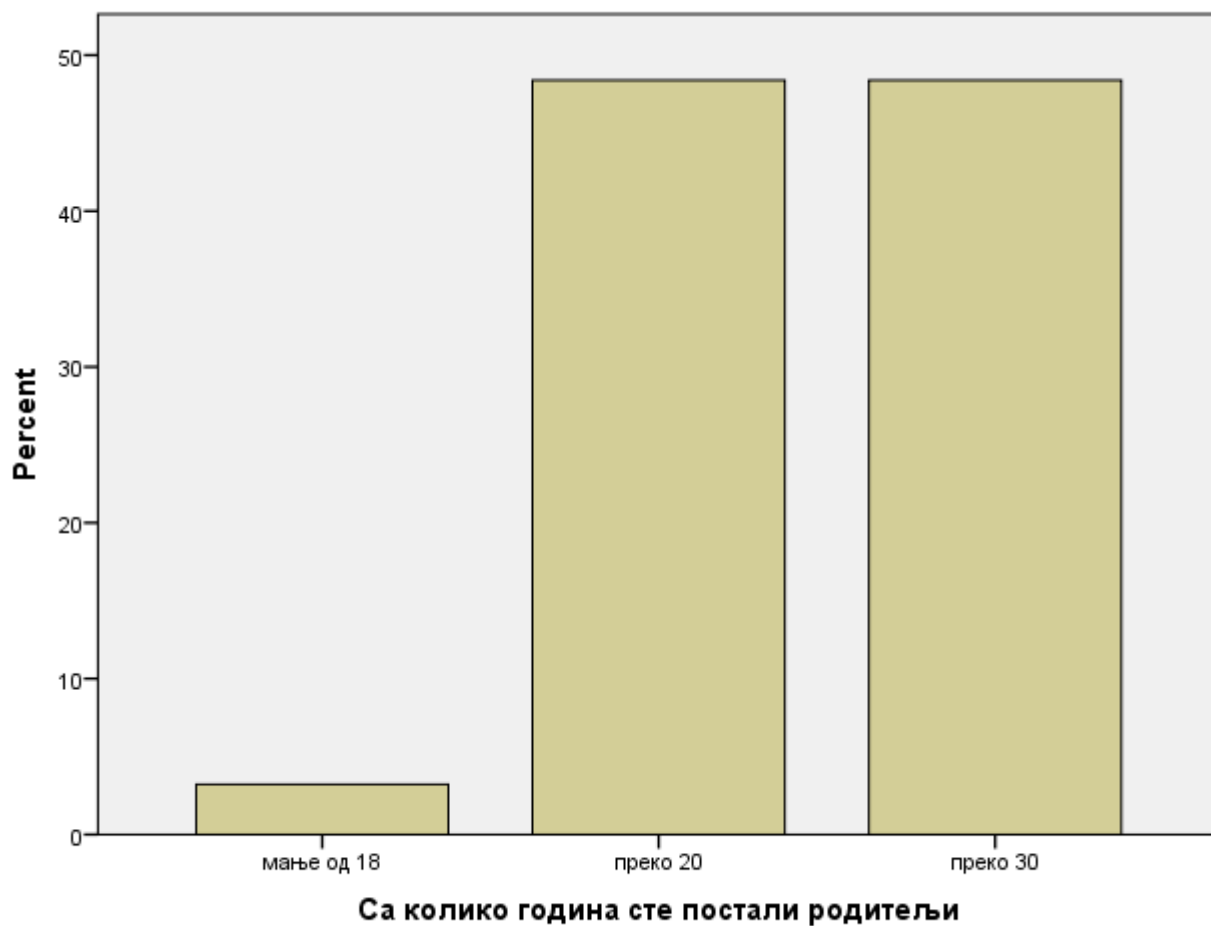
Истраживачки узорак показује да када родитељи нису у браку, дете живи искључиво са мајком. Структура је приказана на графикону 3.



Графикон 3

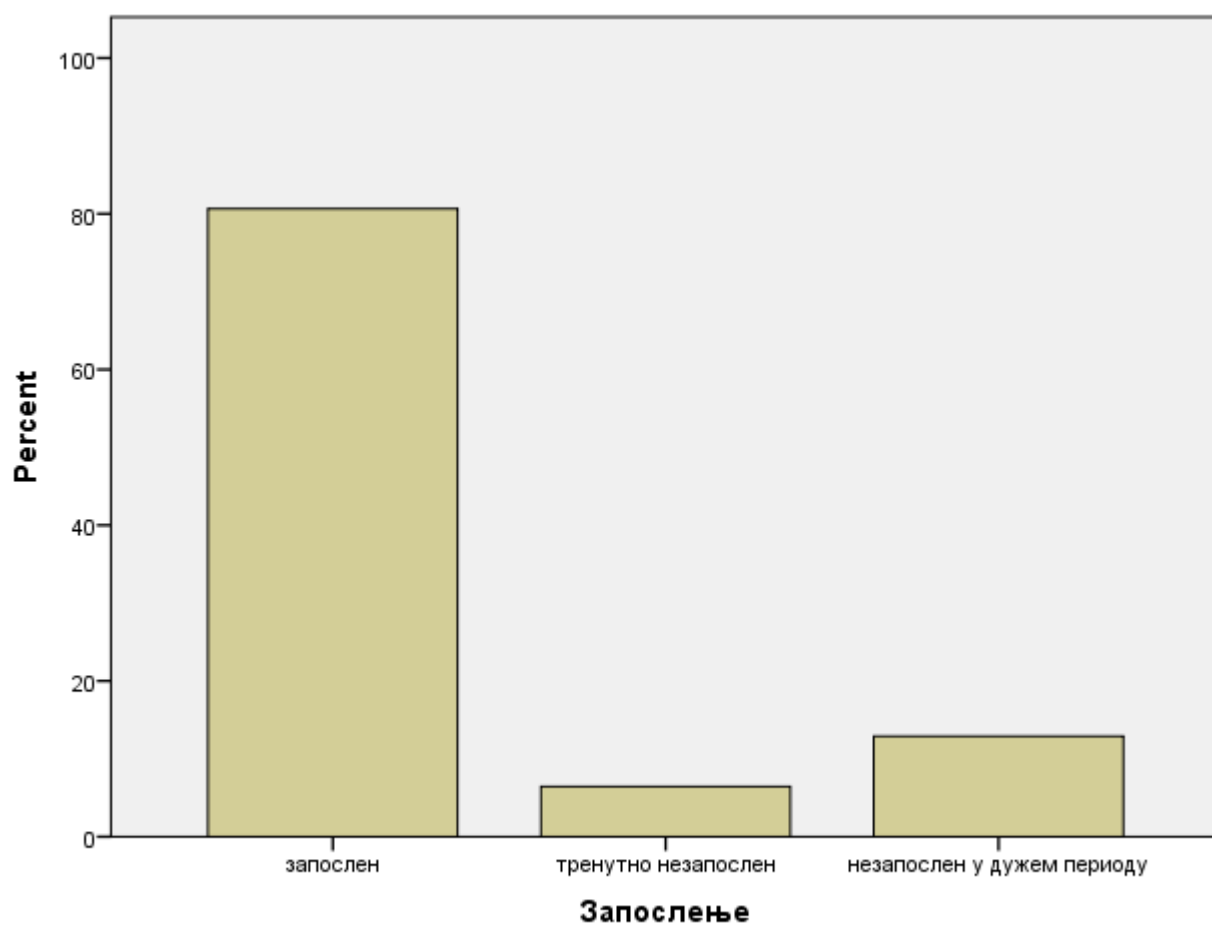
Истраживачки узорак је, према годинама када су постали родитељи, прилично уједначен. Један испитаник је постао родитељ са мање од осамнаест година 3,2%, док је 48,4% испитаника то постало са више од 20 година, као 48,4% са преко 30 година.

Структура према годинама када су постали родитељи је приказана на графикону 4.



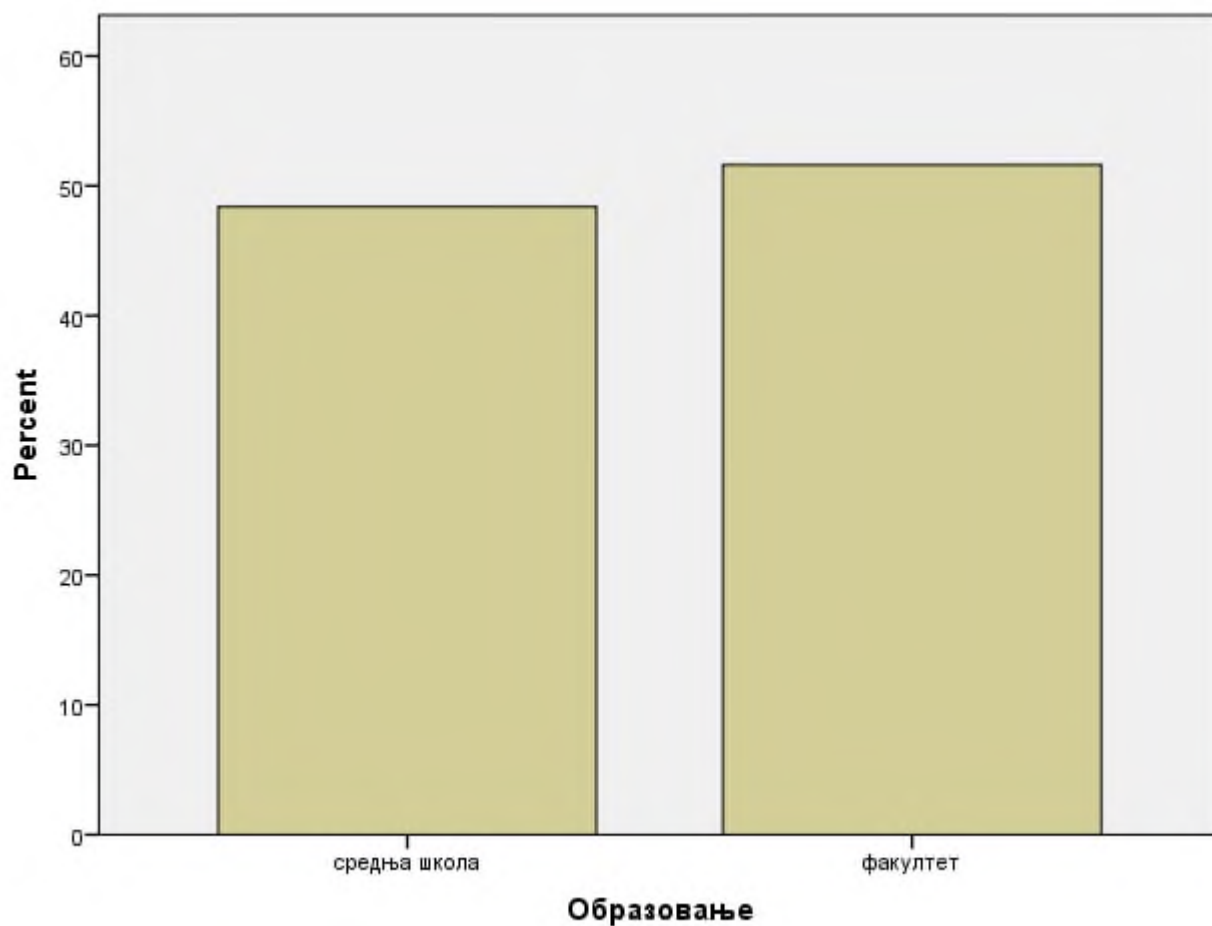
Графикон 4

Када је реч о запослењу, структура узорка показује да је највећи проценат родитеља запослен и то 80,6%. Структура је приказана на графикону 5.



Графикон 5

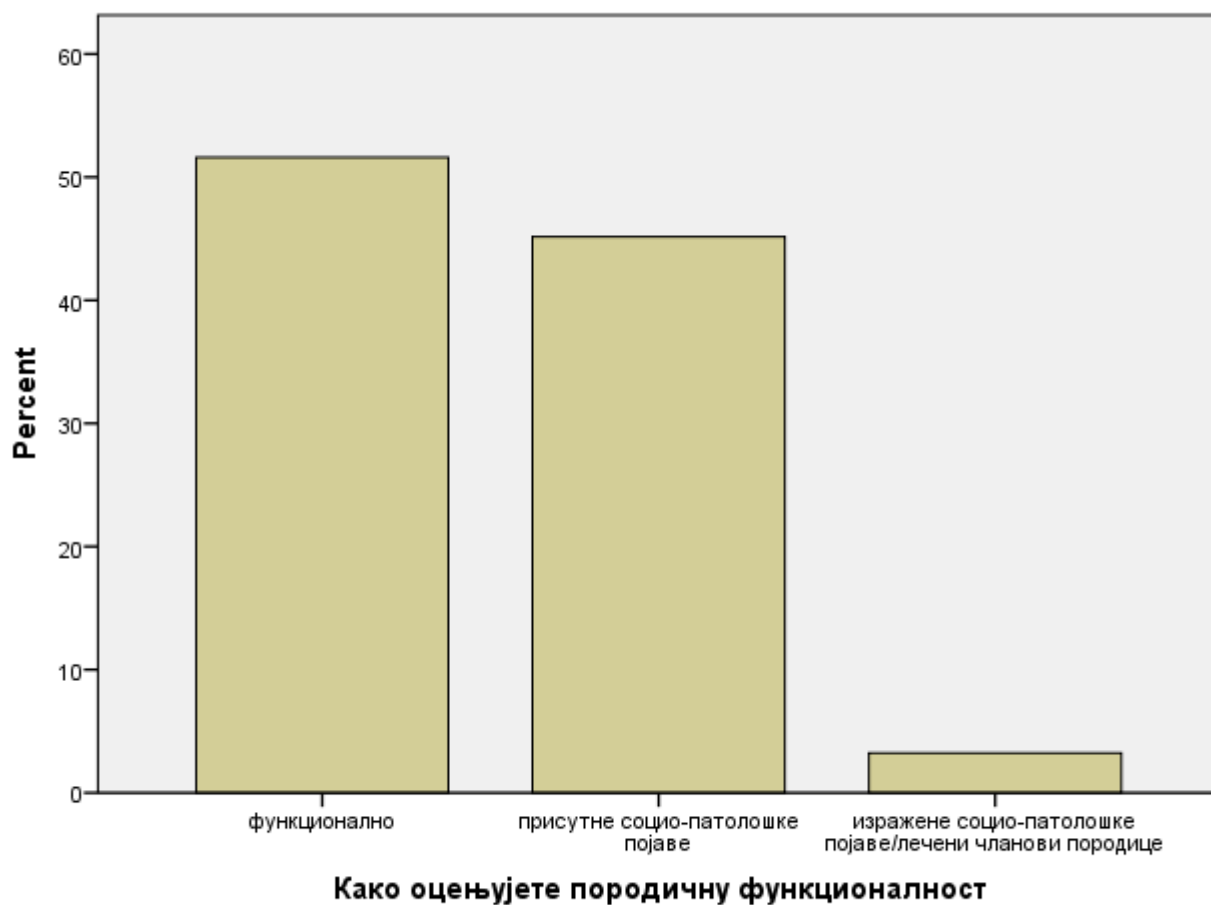
Када је реч о образовању, резултати показују да је 48,4% родитеља из истраживачког узорка завршило средњу школу и 51,5% родитеља завршило факултет. Подаци су приказани на графикону 6.



Графикон 6

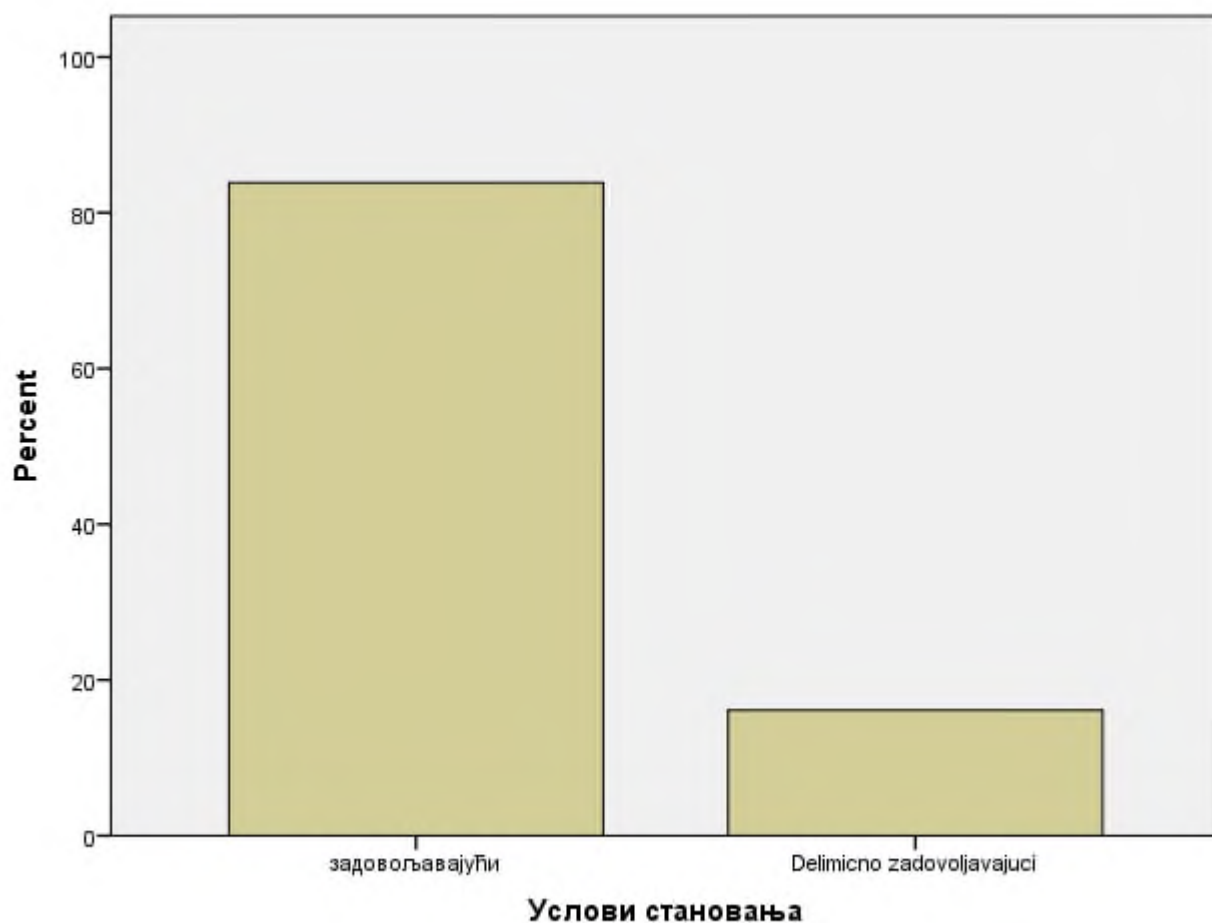
51,6% испитаника процењује своје породично окружење као функционално, 45,2% истиче да су присутне социо-патолошке промене и 3,2% који процењује да су у њиховој породици изражене социо-патолошке последице.

Структура истраживачког узорка је приказана на графикону 7.



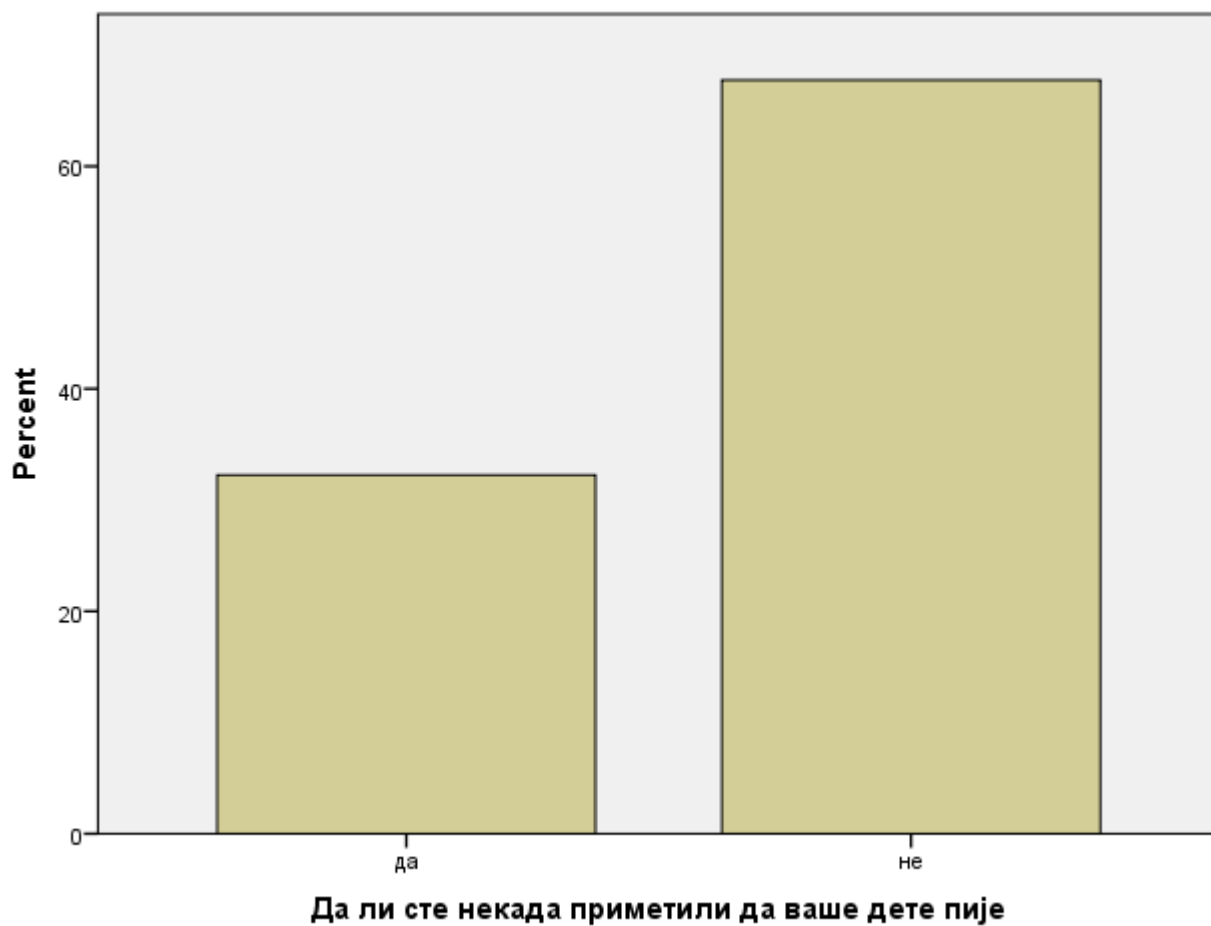
Графикон 7

Када је реч о условима становања, 83,9% истраживачког узорка се изјаснило да су њихови услови задовољавајући, док је 16,1% заокружило делимично задовољавајуће услове.



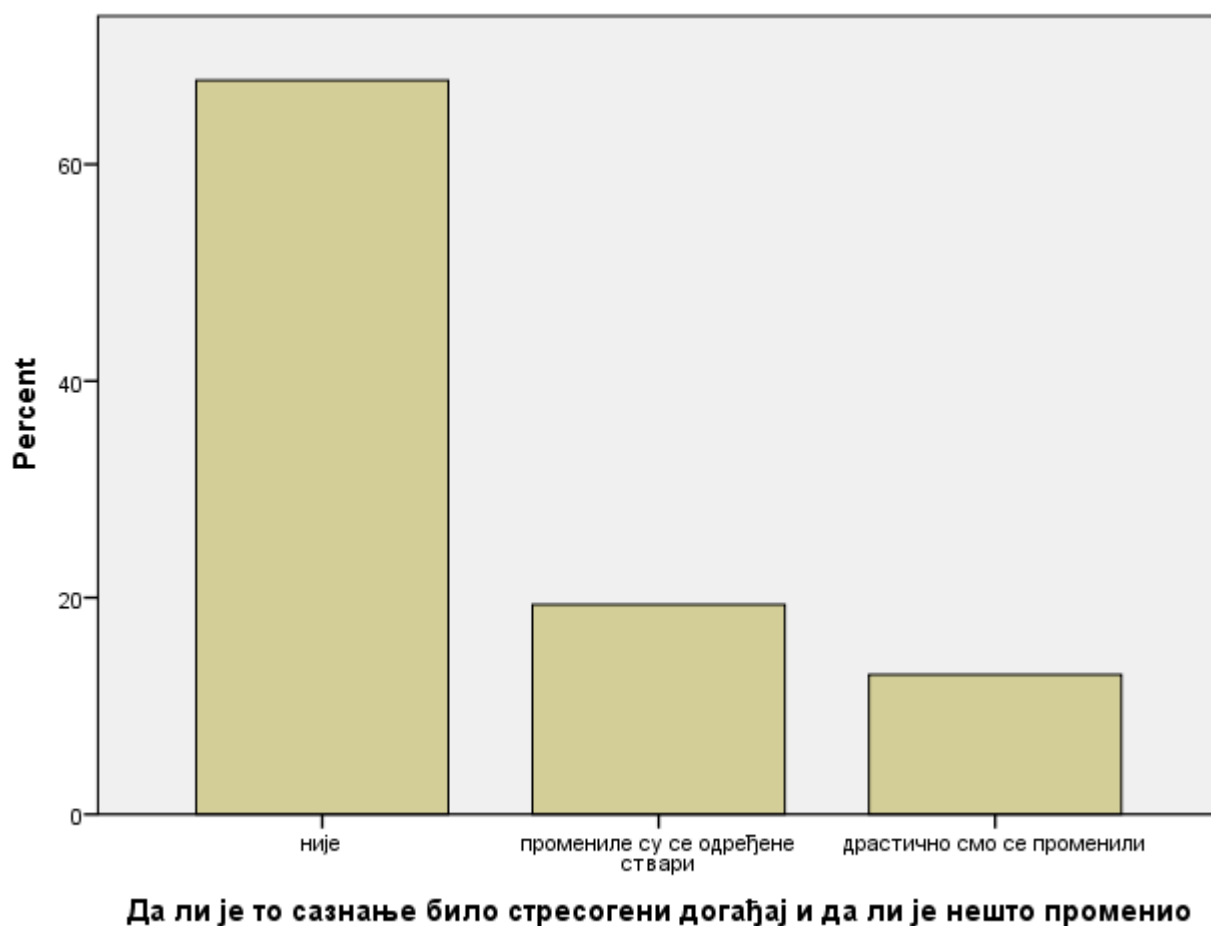
Графикон 8

67,7% испитаника тврди да никада није видела да њихово дете злоупотребава алкохол, док 32,3% каже да је видела своју децу како злоупотребава алкохол. Подаци су приказани на графикону 9.



Графикон 9

67,7,% испитаника је рекло да се није ништа променило након сазнања о злоупотреби алкохола, 19,4% се изјаснило да су се промениле одређене ствари, 12,9% да су се драстично променили. Подаци су приказани на графикону 10.



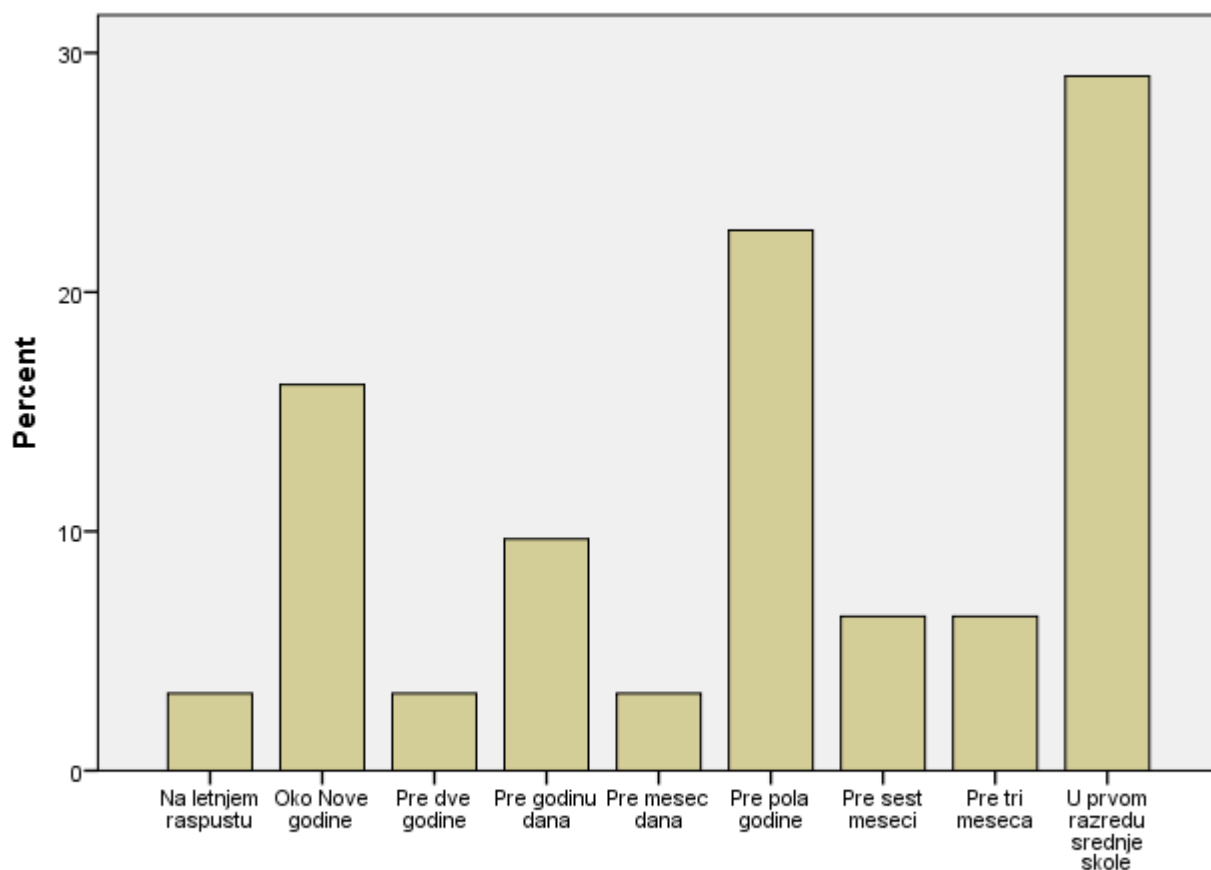
Графикон 10

Када је реч о злоупотреби осталих психоактивних супстанци, подаци указују да 22,6% испитаног узорка је променило одређене ствари, 77,4% је одлучно изјашњено да су драстично променили понашање и однос према детету. Подаци су приказани на графикону 11.



Графикон 11

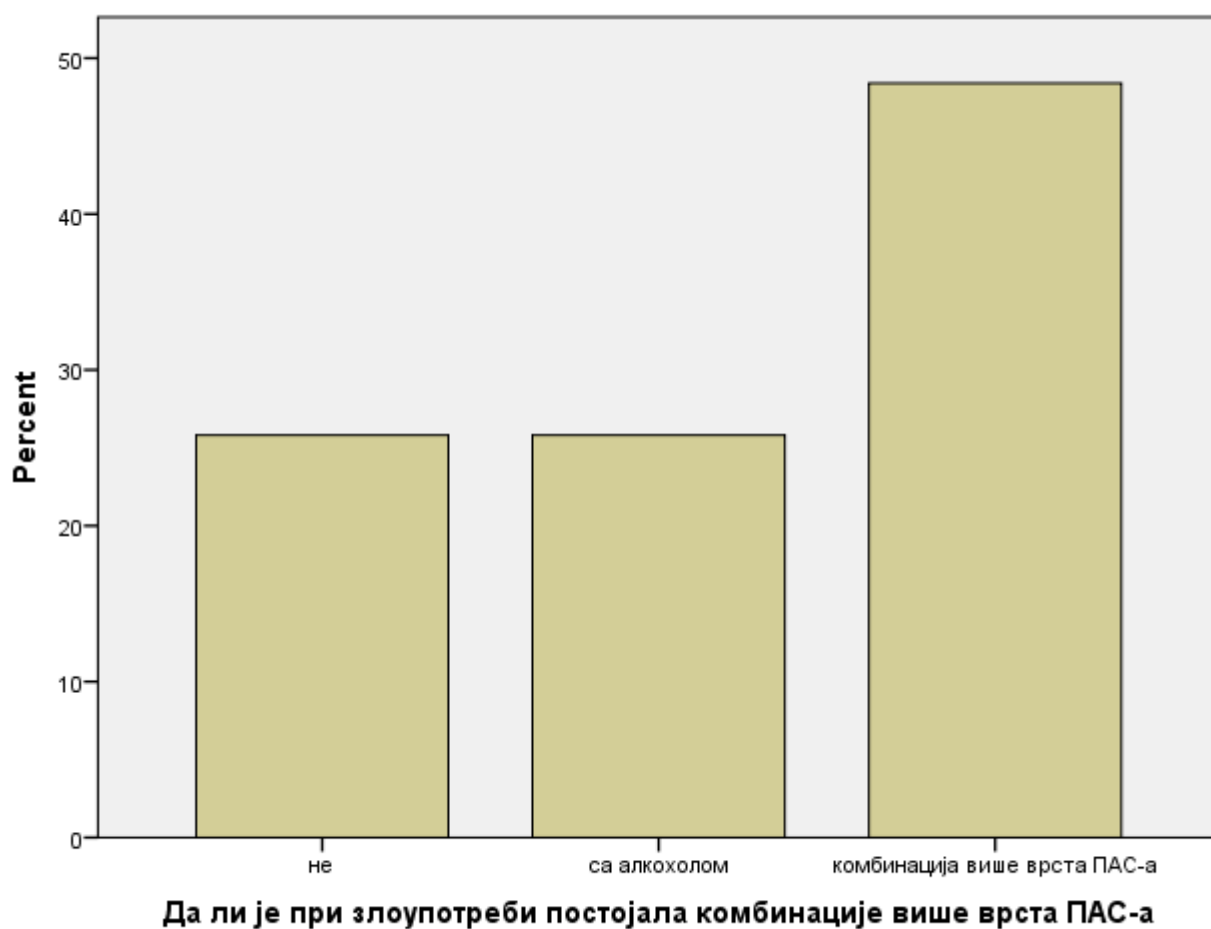
На графикону 12 су приказани подаци о томе када су родитељи схватили да је њихово дете у злоупотреби и који је критични период за који сматрају да је повезан са злоупотребом. Из података можемо видети да је прелазак у средњу школу веома критичан период за који родитељи сматрају да је повезан са злоупотребом, као и прослава Нове године и летњи распуст. Такође из приказаних података се може видети да је временски период који прође од дететове прве злоупотребе до доласка на лечење дуг и прође од пола године или чак и више година док се родитељи не одлуче за лечење.



Када сте приметили да вађе дете има проблем са зависношћу

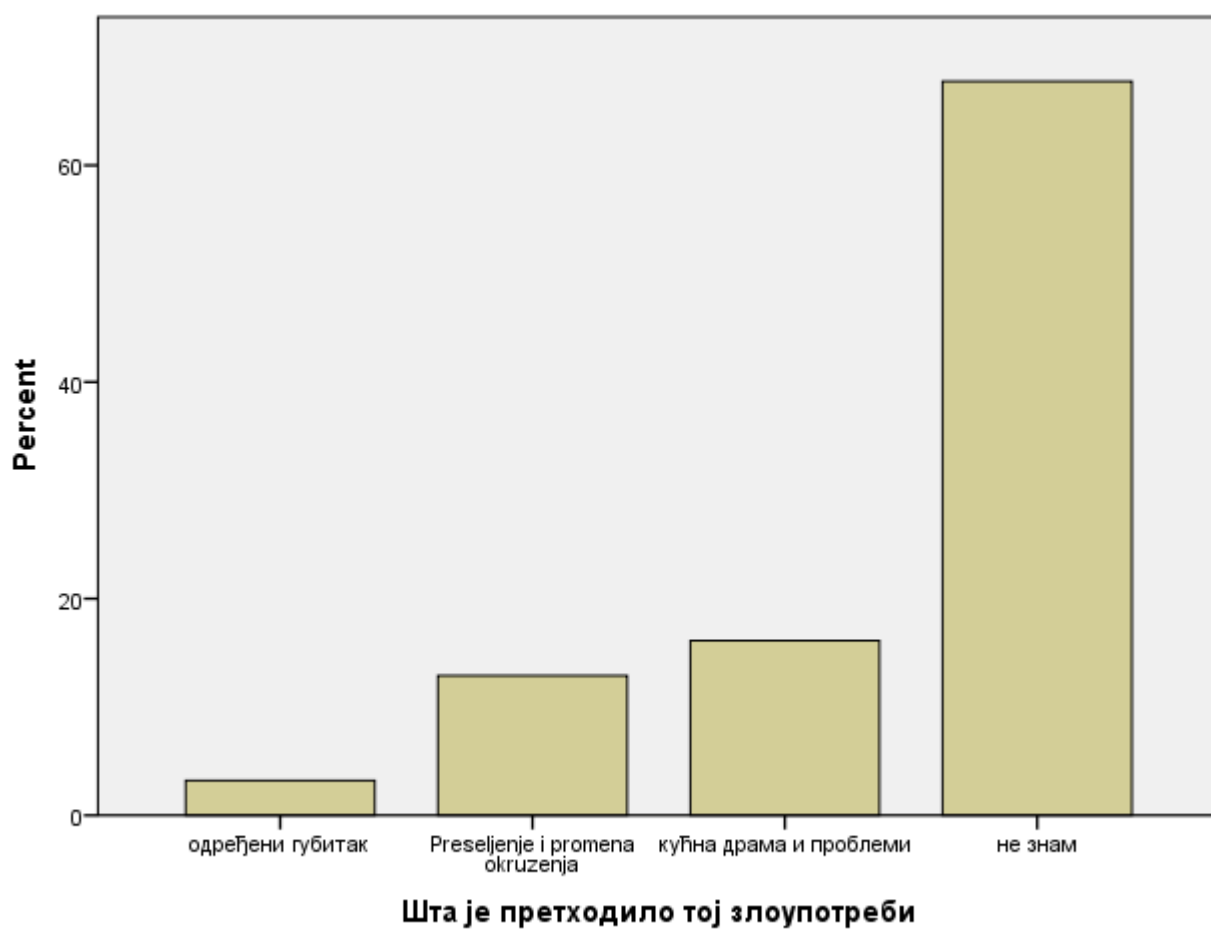
Графикон 12

Графикон 13 приказује податке комбинације више супстанци. 25,8% истраживачког узорка је одговорило са не, док је 25,8% рекло да је било комбинација само са алкохолом и 48,4% се изјаснило да је било комбинација више врста паса.



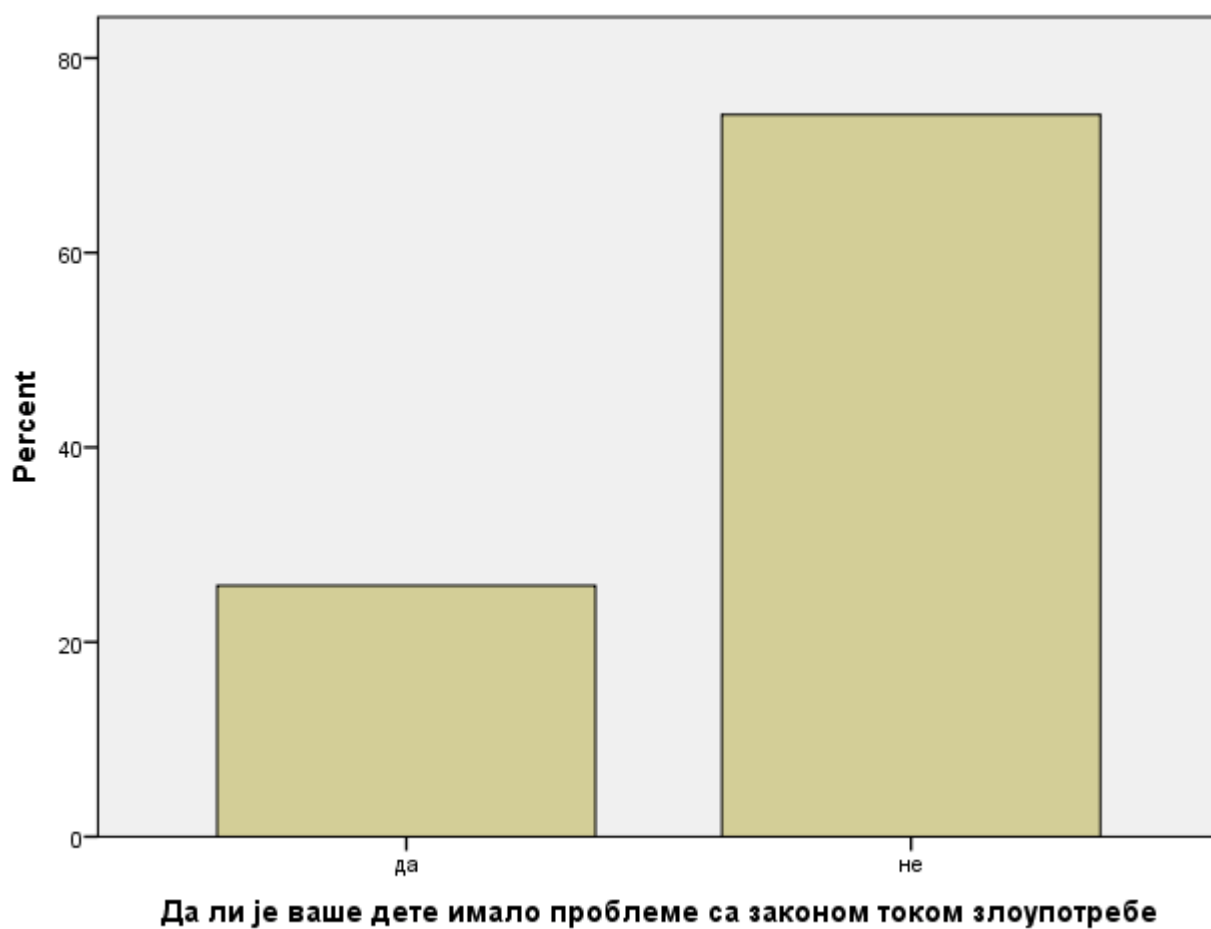
Графикон 13

Графикон 14 приказује податке о томе шта је претходило злоупотреби психоактивних супстанци и 3,2% испитаника каже да је у питању одређени губитак, 12,9 % каже да је пресељење и промена окружења била примарна, 16,1% кућна драма и проблеми, док 67,7% родитеља не зна шта је претходило злоупотреби.



Графикон 14

Графикон 15 приказује податке истраживачког узорка на питање о проблему са законом током злоупотребе и 25,8% испитаника је рекло да је њихово дете имало проблем са законом, док је 74,2% испитаника рекло да њихово дете није имало проблема са законом.



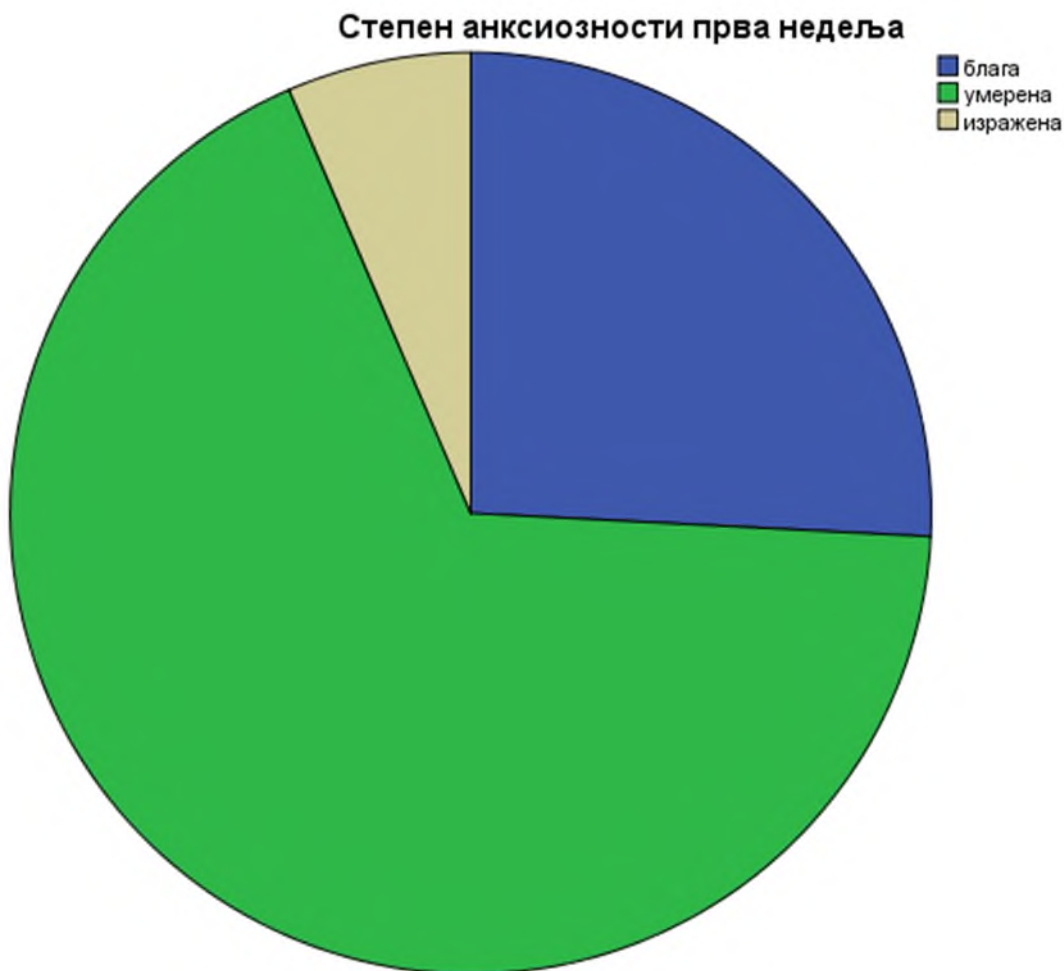
Графикон 15

5. РЕЗУЛТАТИ

Степен анксиозности

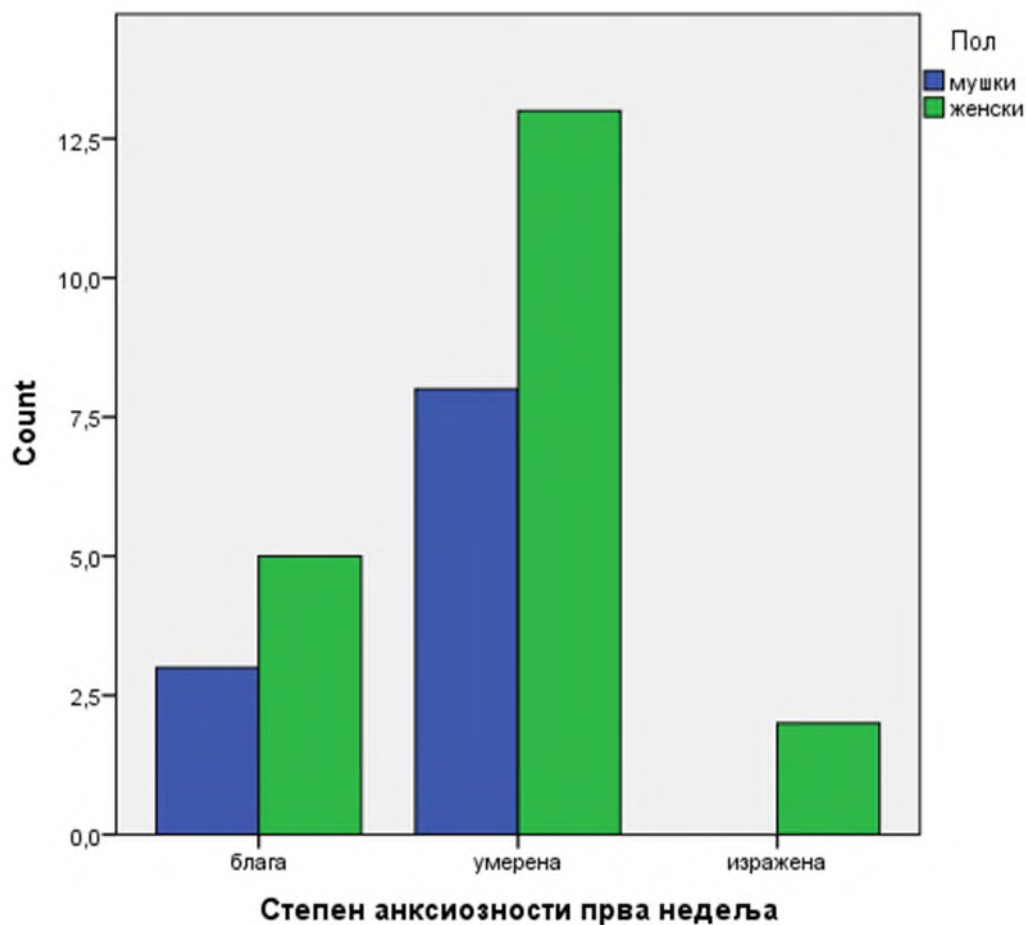
За потребе процене степена анксиозности користили смо Беков инвентар анксиозности, који се састоји од 21 питања на које испитаник одговара, на лествици од 0 до 3 (0- уопште није присутно и 3- веома изражено).

Укупни резултат лествице упућује на степен анксиозности- већи резултат значи већи интензитет анксиозности. Предстојећи подаци се односе на измерен степен анксиозности код испитиваних родитеља адолесцената који се лече у дневној болници.



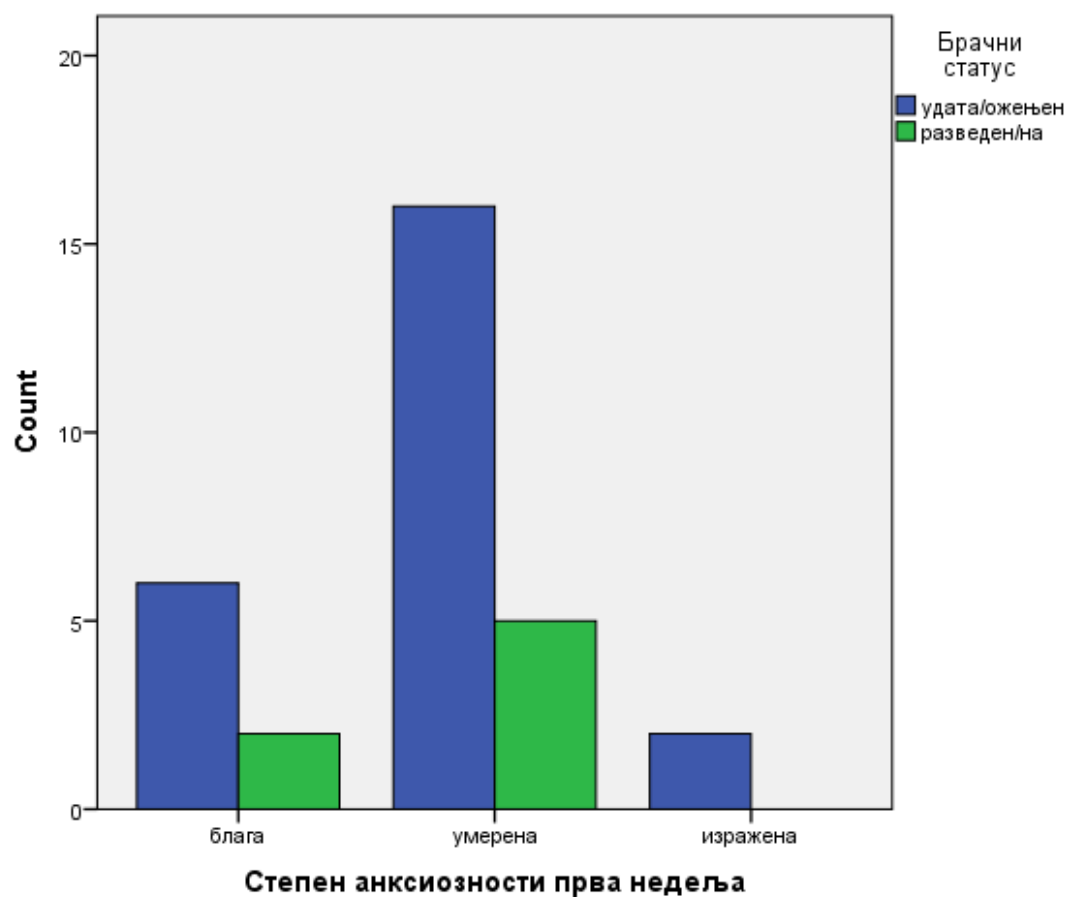
Графикон 16

Добијени подаци при првом испитивању указују да највећи број родитеља има умерени степен анксиозности 67,7 % и који је по броју поена био на крајњој граници умереног и који је тежио ка израженом степену анксиозности.



Графикон 17

Степен анксиозности у односу на пол показује да је код особа женског пола већи степен анксиозности у све три категорије степена анксиозности.



Графикон 18

На графикону 18 приказан је степен анксиозности у односу на брачни статус родитеља. Родитељи који су у браку имају већи степен анксиозности у све три категорије него они који су разведени.

Анализа варијансе (АНОВА) степена анксиозности родитеља адолесцената који се лече од алкохолизма према социо-демографским подацима.

Табела 1

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Запослење	Between Groups	1,536	2	,768	1,625	,215
	Within Groups	13,238	28	,473		
	Total	14,774	30			
Место запослења	Between Groups	,769	2	,384	,964	,394
	Within Groups	11,167	28	,399		
	Total	11,935	30			
Промена посла	Between Groups	7,902	2	3,951	8,224	,002
	Within Groups	13,452	28	,480		
	Total	21,355	30			
Образовање	Between Groups	,790	2	,395	1,590	,222
	Within Groups	6,952	28	,248		
	Total	7,742	30			
Брачни статус	Between Groups	,110	2	,055	,290	,751
	Within Groups	5,310	28	,190		
	Total	5,419	30			
Који је брак по реду	Between Groups	,371	2	,185	3,462	,045
	Within Groups	1,500	28	,054		
	Total	1,871	30			
Са ким живи дете	Between Groups	,599	2	,300	,362	,699
	Within Groups	23,143	28	,827		
	Total	23,742	30			
Материјални статус и финансијски проблеми	Between Groups	,430	2	,215	,565	,575
	Within Groups	10,667	28	,381		
	Total	11,097	30			
Услови становања	Between Groups	,509	2	,255	1,934	,163
	Within Groups	3,685	28	,132		
	Total	4,194	30			
Колико генерација живи у кући	Between Groups	3,108	2	1,554	4,929	,015
	Within Groups	8,827	28	,315		
	Total	11,935	30			

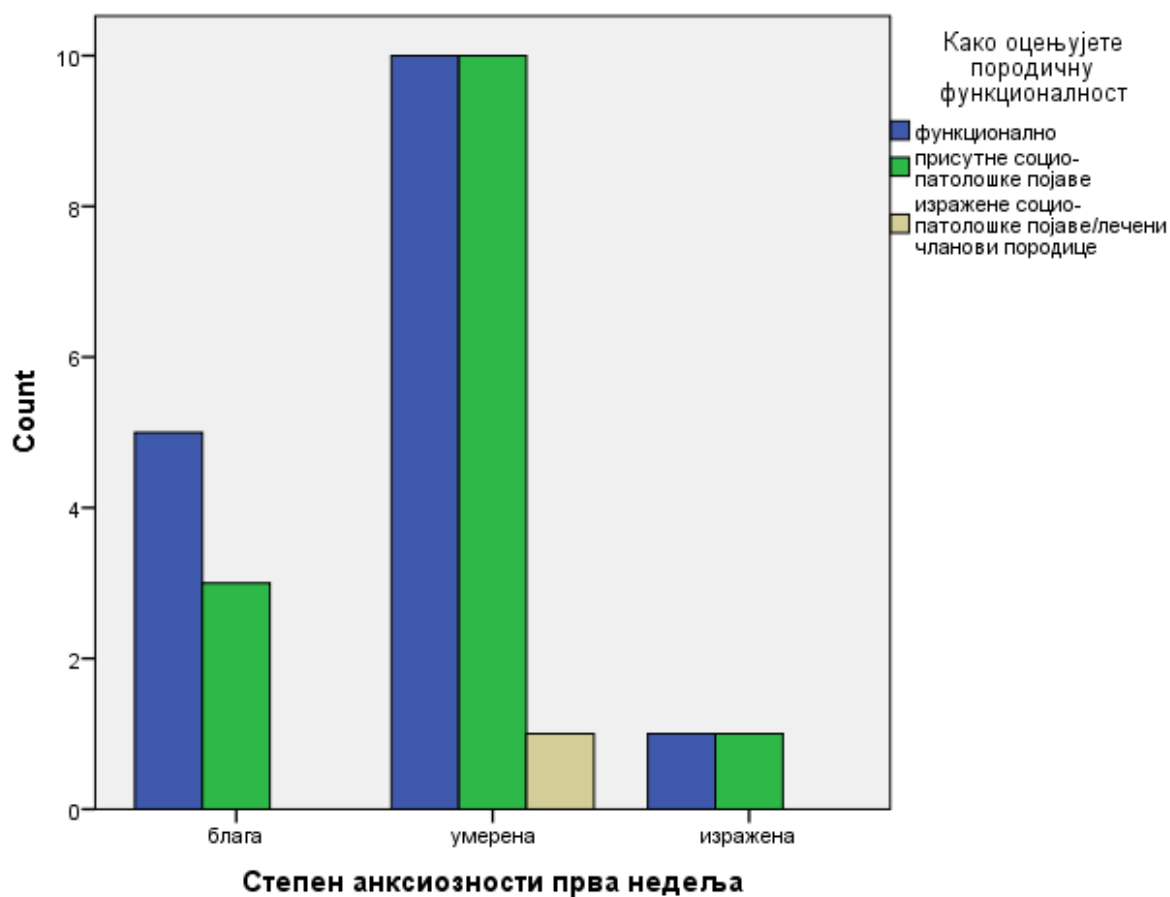
Статистички значајна разлика примећена је на димензијама промена посла ($t = 8,224$; $df = 28$; $p < 0.02$), који је брак по реду ($t = 3,462$; $df = 28$; $p < 0.045$) и колико генерација живи у кући ($t = 4,929$; $df = 28$; $p < 0.015$).

Табела 2

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Са колико година сте постали родитељи	Between Groups	,035	2	,017	,050	,951
	Within Groups	9,643	28	,344		
	Total	9,677	30			
Да ли сте ви дете разведених родитеља	Between Groups	,025	2	,013	,131	,878
	Within Groups	2,685	28	,096		
	Total	2,710	30			
Како оцењујете породичну функционалност	Between Groups	,224	2	,112	,330	,722
	Within Groups	9,518	28	,340		
	Total	9,742	30			
Да ли је постојао или постоји проблем са алкохолом код других чланова породице	Between Groups	,906	2	,453	,866	,432
	Within Groups	14,643	28	,523		
	Total	15,548	30			
Да ли долази до расправе у породици због тога	Between Groups	,027	2	,014	,029	,972
	Within Groups	13,327	28	,476		
	Total	13,355	30			
Да ли сте некада приметили да ваше дете пије	Between Groups	,108	2	,054	,226	,799
	Within Groups	6,667	28	,238		
	Total	6,774	30			
Шта је претходило тој злоупотреби алкохола	Between Groups	,275	2	,137	,282	,757
	Within Groups	13,661	28	,488		
	Total	13,935	30			
Да ли је то сазнање било стресогени догађај и да ли је нешто променио	Between Groups	,064	2	,032	,058	,944
	Within Groups	15,613	28	,558		
	Total	15,677	30			
Да ли долази до проблема у породици због тренутне ситуације или лоше комуникације	Between Groups	2,656	2	1,328	4,213	,025
	Within Groups	8,827	28	,315		
	Total	11,484	30			
Да ли је при злоупотреби постојала комбинације више врста ПАС-а	Between Groups	1,235	2	,617	,856	,435
	Within Groups	20,185	28	,721		
	Total	21,419	30			
Шта је претходило тој злоупотреби	Between Groups	3,224	2	1,612	2,437	,106
	Within Groups	18,518	28	,661		
	Total	21,742	30			

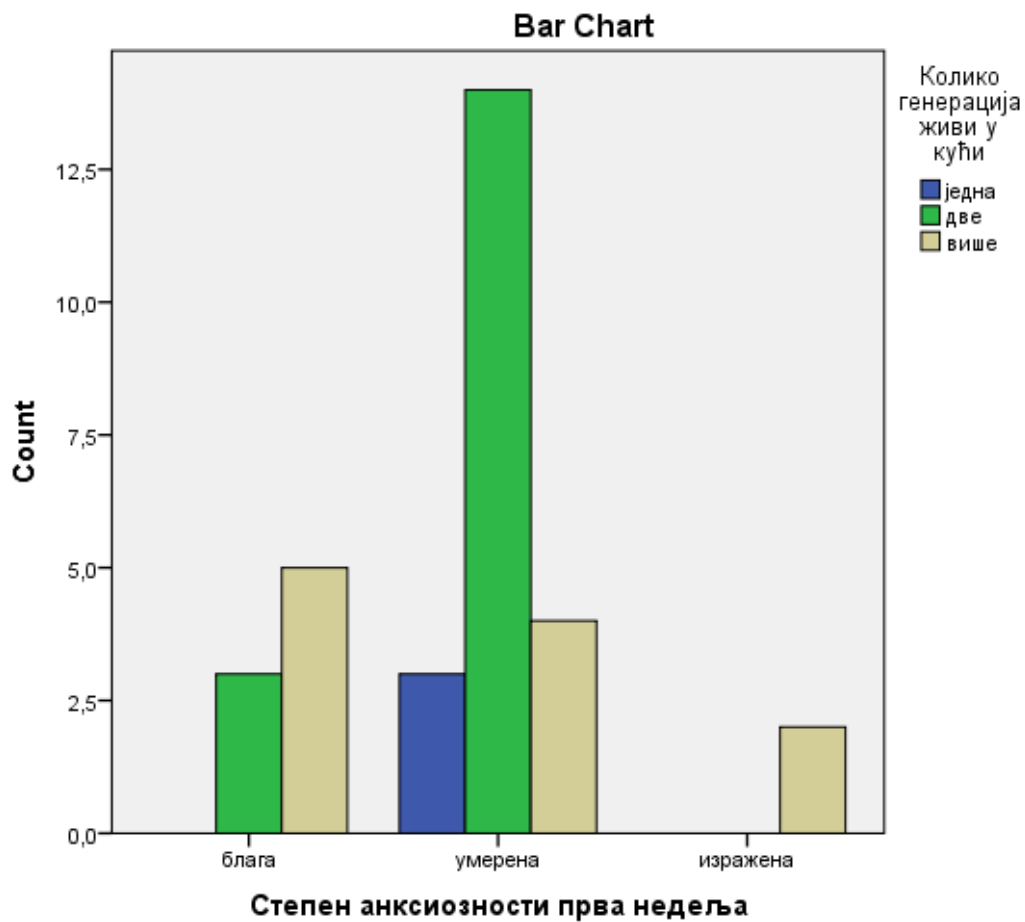
Да ли је суочавање са злоупотребом за вас било стресогено и да ли је нешто променило	Between Groups	,306	2	,153	,839	,443
	Within Groups	5,113	28	,183		
	Total	5,419	30			
Да ли је ваше дете имало проблеме са законом током злоупотребе	Between Groups	,394	2	,197	,995	,382
	Within Groups	5,542	28	,198		
	Total	5,935	30			
Уколико јесте, да ли је изречена васпитна мера или нека друга кривична санкција	Between Groups	,037	2	,019	,152	,860
	Within Groups	3,446	28	,123		
	Total	3,484	30			

Статистички значајна разлика примећена је на димензији лоше комуникације ($t = 4,123$; $df = 28$, $p < 0.025$)



Графикон 19

Оцена породичне функционалности у односу на степен анксиозности показује да родитељи који имају благу и умерену анксиозности оцењује своју породицу као функционалну. Док родитељи са израженијим степеном анксиозности процењују своју породицу дифункционалном.



Графикон 20

Највећи број испитаника не живи сама са децом, већ у кући живи две или више генерација. Истраживање је показало статистички значајну разлику када је реч о степену анксиозности и броју чланова који живе заједно.

Табела 3- Приказ вредности *T*-тестом на димензијама степена анксиозности и колико генерација живи у кући

Степен анксиозности прва недеља - Колико генерација живи у кући	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference				
	Lower	Upper			
	- ,777	- ,126	-2,830	30	,008

Статистички значајна разлика примећена је на димензијама степена анксиозности у односу на то колико генерација живи у кући.. ($t = 2,830$; $df = 30$, $p < 0.08$)

Табела 4- Приказ вредности *T*-тестом на димензијама степена анксиозности и процене породичне функционалности

		Paired Differences		t	Df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference				
		Lower	Upper			
Pair 1	Степен анксиозности прва недеља - Како оцењујете породичну функционалност	,019	,561	2,187	30	,037

Статистички значајна разлика примећена је на димензијама степена анксиозности и како испитаници оцењују породичну функционалност. ($t = 2,187$; $df = 30$, $p < 0,037$)

Табела 5- Приказ вредности *T*- теста на димензијама степена анксиозности прве и четврте недеље

			t	Df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference				
	Lower	Upper			
Степен анксиозности прва недеља - Степен анксиозности четврта недеља	,243	,660	4,427	30	,000

Статистички значајна разлика примећена је на димензијама степена анксиозности прве недеље и четврте недеље. ($t = 4,427$; $df = 30$, $p < 0.00$)

Табела 6- Приказ вредности *T*- теста на димензијама степена анксиозности прве и последње недеље

			t	Df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference				
	Lower	Upper			
Степен анксиозности прва недеља - Степен анксиозности осма недеља	,511	,973	6,549	30	,000

Статистички значајна разлика примећена је на димензијама степена анксиозности прве недеље и осме недеље. ($t = 6,549$, $df = 30$, $p < 0.00$)

6. ДИСКУСИЈА

Циљ истраживања произашао је из жеље да се утврди присуство анксиозности код родитеља адолесцената који су на лечењу, као и социо-демографске карактеристике тих породица које су на породичној системској терапији. Такође и утврђивање мањег степена анксиозности код родитеља адолесцената након 8 недеља терапије у односу на прво мерење анксиозности. Овим истраживањем је обухваћени родитељи (31 родитељ) који су попуљавали једном недељно БАИ- тест. Социодемографски подаци су добијени кроз упитник који је конструисан за потребе овог истраживања.

Доказали смо да постоји разлика у процени функционалности, у смислу да су одређене породице са већим степеном анксиозности мање функционалне и свесно карактеришу себе као такве због присутних социо-патолошких појава. Јасно се уочава разлика у смислу да су ове породице где постоји проблем зависности мање функционалне у односу на породице где нема тих проблема.

И један од најчешћих налаза који се помиње у литературама о болестима зависности јесте да појединци који имају проблем зависности потичу из породица које су дисфункционалне и то на више нивоа. (Лажетић, Паноски, Филиповић, Светозаревић, 2010); (Ненадовић, Шапић, 2012); (Collishaw, Maughan, Goodman, Pickles, 2004).

У нашем истраживању, од 31 испитаника, 35,5% су чинили мушкараци и 64,5% жена. Резултати су показали да највећи број родитеља има умерени степен анксиозности који је по броју поена био на крајњој граници умереног и који је тежио ка израженом степену анксиозности и ниједан родитељ није имао низак скор на тесту. Што се тиче пола, резултати су показали је код особа женског пола већи степен анксиозности у све три категорије степена анксиозности.

У узорку, највећи број испитаника, живи у брачној заједници и живе заједно са својом децом. У узорку испитаника, 77,4% живи у брачној заједници, док је 22,6% разведено.

Резултати такође показују да када родитељи нису у браку, дете искључиво живи са мајком. Такође, резултати су показали да испитаници који нису у браку имају нижи степен анксиозности од оних који то јесу.

Највећи број испитаника живи са две или више генерација у кући, што подразумева да живе у најмање петочланој породици и резултати показују да већу анксиозност имају они родитељи где постоје две или више генерација у кући.

Ранија истраживања у нашој средини су потврдила везу између квалитета комуникације и задовољства породицом и просоцијалног понашања. (Лазих, 2013).

Истраживања показују да адолесценти који су у злоупотреби имају лошу комуникацију са својом породицом. Ослабљена је укљученост у породичне односе. Када је реч о процени односа родитељ-дете, већина испитаника оцењује их као просек, наводећи да је најмање присутно узајамно разумевање. Губитак поверења у своје дете се сваком родитељу издваја као нешто најбитније, али окривљујући себе због нереаговања на време на одређена понашања и непрепознајући их као опасне. Понашања о којима је реч јесу пад интересовања и активности као и престанак ранијих активности, бежање из школе, нова врста музике, ново друштво и све остало што је предочено као пропуст тек касније током терапије. Деца су, током терапије и вођења плана и анализе дана јасно стављала до знања да је породична комуникација лоша. Родитељи су, тачније 61,3% рекли да долази до проблема и расправе због лоше комуникације са њиховом децом, 12,9% да су те расправе изражене и код 25,8% не долази до расправе. Најчешће су те бурне и агресивне расправе, највише око целодневног надзора и отпора према учењу и немогућности да се ради оно што се жели, а у овом случају је то ленчарење и спавање када је већ излазак и дружење са друштвом са којим су били у злоупотреби забрањен. Укратко речено, превише слободног времена који представља проблем јер нису мотивисани да раде на себи и квалитетно утросе то време већ константно трагају за хедонистичком срећом која, за разлику од оне аутентичне, праве среће и задовољства, не траје дуго.

***Хипотеза 1:** Претпоставља се да су родитељи адолесцената који су на терапији повећано анксиозни.*

Резултати истраживања су указали да је највећи број родитеља имао умерени степен анксиозности 67,7 % који је по броју поена био на крајњој граници умереног и тежио ка израженом степену анксиозности. Узимајући у обзир да нико од испитаника није на тесту имао скор 0 и да се сви испитаници могу категорисати као анксиозни, резултати овог истраживања су потврдили хипотезу да су родитељи адолесцената који су на терапији повећано анксиозни.

***Хипотеза 2:** Претпоставља се да постоје разлике у социо-демографским подацима и да су повезани са већим степеном анксиозности родитеља*

На основу приказаних резултата Анализа варијансе (АНОВА) степена анксиозности родитеља адолесцената према социо-демографским подацима и податка да постоји статистички значајна разлика само на димензијама: лоше комуникације ($t = 4,123$; $df = 28$, $p < 0.025$); промена посла ($t = 8,224$; $df = 28$; $p < 0.02$), који је брак по реду ($t = 3,462$; $df = 28$; $p < 0.045$) и колико генерација живи у кући ($t = 4,929$; $df = 28$; $p < 0.015$). Приметно је да не постоје значајне разлике у осталим наведеним социо-демографским подацима међу испитаницима, услед чега се хипотеза 2 одбацује.

***Хипотеза 3:** Претпоставља се да родитељи адолесцената на почетку терапије имају већи степен анксиозности и већи отпор према терапији.*

На основу приказаних вредности Т- теста на димензијама степена анксиозности прве и четврте недеље, преко којих се може видети статистички значајна разлика примећена на димензијама степена анксиозности прве недеље и четврте недеље. ($t = 4,427$; $df = 30$, $p < 0.00$), као и на димензијама степена анксиозности прве недеље и осме недеље. ($t = 6,549$, $df = 30$, $p < 0.00$), можемо рећи да су резултати истраживања потврдили хипотезу да се степен анксиозности родитеља који су на терапији смањује након одређеног времена терапије.

***Хипотеза 4:** Претпоставља се да је породична функционалност повезана са степеном анксиозности. Очекује се да родитељи који своју породицу процењују као дисфункционалну имају већи степен анксиозности од оних који своју породицу процењују као функционалну.*

На основу приказаних укрштених вредности Т-теста, степена анксиозности испитаника и питања како оцењујете породичну функционалност, може се видети статистички значајна разлика ($t = 2,187$; $df = 30$, $p < 0,037$) где испитаници са већим степеном анксиозности више процењују своју породицу дисфункционалном, док они са мањим степеном анксиозности и даље сматрају своју породицу функционалом.

Овим резултатима потврђујемо хипотезу 4 која гласи да родитељи који своју породицу процењују као дисфункционалну имају већи степен анксиозности од оних који своју породицу процењују као функционалну.

Резултати истраживања су потврдила општу хипотезу, а то је да постоји повезаност између зависности адолесцента и степена анксиозности. Већим степеном анксиозности родитељи отежавају напредак у терапији и повећавају вероватноћу рецидивизма и одржавања зависности. Са већим степеном анксиозности родитељи имају већи отпор према терапијским правилима и терапијским задацима, не функционишу као систем и целина са својим дететом, самим тим су присутне расправе и осуђивања која са временом проведеним на терапији губе на интензитету.

Са мањим степеном анксиозности долази смиреност и сталоженост која побољшава комуникацију и сарадљивост између чланова породице а самим тим напредак је неминован. Са побољшањем одређених сфера живота, родитеља и адолесцената, период апстиненције долази као нешто што је извесно и нешто што се ни на који начин не уклапа у нови начин живота који подразумева континуирани рад на себи и постигнућа која само мотивишу на усавршавање.

Оно што треба истакнути јесте да усвајање позитивних образаца понашања детета битно зависи и од школског окружења. Уважавање индивидуалности и личности, од родитеља и професора, ствара осећај сигурности и поверења стога утиче на напредак и целокупни развој. Сараднички односи између ученика, професора и родитеља битан су елемент у процесу социјализације и стицања компетенција.

Када је родитељ под мањим стресом и без анксиозног понашања, успешност договора, компромиса и планирања одређених обавеза је на завидном нивоу. Тада се јасно види да је интеракција између родитеља и адолесцената позитивна и да се много лакше прихватају одређена правила и задаци и од стране адолесцената као и родитеља.

Улога родитеља у животу детета одувек има посебан значај за његов развој, емоционалну сигурност, социјалну компетентност, интелектуално постигнуће као и на касније понашање у одраслој, зрелој фази.. Битно је, дакле, истакнути нужност што веће укључености родитеља у бригу за дечији развој, развијати квалитетну комуникацију унутар породице те створити топло и угодно породично окружење које ће бити полазна основа за успешну социјализацију и даљи целокупан развој.(Вукић, 2009).

7. ЗАКЉУЧАК

7.1. ПРЕДЛОЗИ И ПРЕПОРУКЕ

Информисање о штетности дроге, превенција тешких последица и интервенције ненасилног карактера. Ово је пре свега превентивна мера. Има за циљ да се допре до популације зависника и особа са ризичним понашањем, да се успостави међусобно поверење, обезбеди основна помоћ, да се спрече или смање штетне последице по здравље и да се започне са терапијом оног тренутка када је особа за то спремна, без насилног наметања апстиненције.

Дисфункционалне породице у којима се адолесцент развија могу повећати ризик од зависности, поготово уколико су у питању породице без ефикасног надзора и дисциплине.

Примарни задатак породице је да створи окружење које ће понудити, првобитно, осећај сигурности и могућности за креативни развој детета. Обрнута хијерхија, замена улога, одсуство вредности, нестабилно родитељско старање и присуство, недоследно понашање родитеља, све заједно резултира негативним ефектима на психосоцијални развој сваког детета.

У циљу превенције злоупотребе психоактивних супстанци, препоручујемо едукативне радионице за адолесценте и родитеље. Пожељно је деловати на универзалном нивоу у условима школског окружења, и путем стратегија информисања и едукације проширити постојећа знања ученика о злоупотреби психоактивних супстанци, могућим проблемима који настају услед прекомерне употребе и појави зависности и унапредити вештине ученика кроз развијање свести о опасностима зависности.

Потребно је, ученике идентификоване као ризичну групу и њихове родитеље саветовати о могућим облицима третмана и упутити их на релевантне установе које ће бити од помоћи. За овакво деловање неопходно је едуковати педагошко-психолошку службу школе за препознавање нивоа зависности ради даљег упућивања ученика на одређене врсте саветовања или третмана.

Неопходно је, приликом планирања превентивних програма, придржавати се принципа комплементарности превентивних стратегија у смислу примењивања што већег броја превентивних стратегија којима би се деловало на спречавање настајања и развијања зависности од психоактивних супстанци. Превентивне активности могуће је усмерити на ученике и њихове родитеље, као и деловати на свим нивоима превенције.

И када је реч о превенцији и када говоримо о третману, саветовање, саветодавни рад и мотивација се издваја као нешто чему увек треба да се тежи.

Саветовање је усмерено је ка бољем функционисању у личним и социјалним односима, као и на емоционалне, организацијске и развојне околности. Саветовање има за циљ побољшање доброг функционисања, савладавање кризних ситуација и повећање могућности за функционално живљење. То је метода којом се настоји помоћи особи у чињењу промена или у побољшању животних прилика.

Поред процеса оспособљавања појединца да поново прихвати друштвене норме и друштвено прихватљиве обрасце понашања веома је битно радити на позитивном размишљању и схватању конкретне ситуације. Такође је веома битно развијање позитивних ставова и навика као и рад на мотивацији за променом. Зато је мотивациони интервју један вид саветодавно терапијске интервенције која може бити од користи младима који се налазе у институционалним условима.

Мотивација је такво стање у којем смо "изнутра" побуђени неким потребама, поривима, тежњама, жељама или мотивима, а усмерени су ка постизању одређеног циља који извана делује као подстицај на понашање (Петц, 2005).

Бројна истраживања су показала да почетна мотивација код малолетника није непромењива и не мора бити показатељ тока третмана, већ се на томе мора радити, јер од самог степена мотивације веома зависи ток и исход третмана.

Када је реч о отпорима, и код родитеља и код адолесцената, не треба се борити са особом која исказује отпор, већ прихватити постојање отпора.

Изјаве које се препознају као отпор, не представљају проблем већ начин на који ће се истражити ставови које особа има и охрабрити их да искажу своја решења која сами дефинишу. Отпор се не треба избегавати већ прихватити како би се та енергија усмерила на напредак.

Може се очекивати константно неосновано аргументовање пређашњег гледишта и недостатак мотивације за променом.

Пружање подршке дајући тачан опис свих предности у вези са променом. Оснаживање помаже да и адолесценти и родитељи препознају своје снаге и виде себе позитивније. Са позитивним афирмацијама које морају бити основане и искрене, гради се поверење као и самоефикасност.

Пажљиво слушање такође може да помогне како би, слушајући себе испровоцира мисао и разматрање недоследности својих размишљања и ставова. Сагледавањем целокупне слике самога себе, а и своје породице, може помоћи тако што ће се мотивисати да направи промену када се увиди целокупна ситуација.

Овим се може привући пажња јер схватање да него пажљиво слуша пружа могућност сумирања изјава које се односе на спремност за промену као и могућност да се обрати пажња на неке проблеме ако постоје и на нека одређена питања која постоје. (Miller, Rollnick, 1991).

Веома је значајно да се види у чему се показује мотивација и жеља за радом. Када се она пронађе, макар то била мотивација за нечим што се чини минорним у датом тренутку, може се искористити ради унапређивања даљег потенцијала и ширења круга активности.

Теорија мотивације за постигнућем (Аткинсонова теорија) је усмерена првенствено на мотивацију за рад, при чему је мотивација презентована као одређена структура ставова и вредности који указују на неку радну оријентацију. Темелј ове теорије је мотивација за постигнућем, успехом која је резултат деловања две компоненте: прва је жеља за успехом, а друга је жеља да се избегне неуспех. Мотивација је условљена индивидуалном проценом вероватноће постизања успеха или неуспеха. Кроз овај програм се показује да је врло битна мотивација и пружање позитивног одговора на просоцијално понашање од стране родитеља и наставника.

Када би се применио овај програм са практиковањем ове теорије, укључивањем родитеља и наставника дошло би до мотивације за радом и постигнућем.

Мотивација је код адолесцената у дневној болници на минималном нивоу. Присутан је велики отпор према било ком предлогу који родитељи сугеришу како би се слободно време провело на што бољи начин. И то веома узнемирава већ анксиозне родитеље и долази до расправа и лоше комуникације.

Оно са чиме треба упознати родитеље јесте да је отпор очекиван и не треба га доживљавати као нешто неприродно. Сваки човек има страх од промене јер се мењају одређене ствари које ремеће сигурност предходног начина живота и прилагођеност њему. Чак 80% малолетника испољава јаку амбиваленцију у погледу потребе за променом иако је потреба за променом очигледна. (Стакић, 2013.)

На изјаве које показују отпор не треба гледати као на проблем већ на начин који истражује ставове адолесцената, који уз подршку и схватање тих отпора од стране родитеља и терапеута, могу доћи до решења која сами дефинишу.

Битно је предочити последице које доноси непромењен начин живота и са друге стране шта је оно позитивно што доноси промене. Адолесцент је тај који већим делом сам испитује ту дискрапанцу између тренутног понашања и будућих циљева уз малу помоћ родитеља или терапеута.

Када се не верује у промену и сматра да није у могућности да је оствари, формира се слика ниске самоефикасности. У таквој ситуацији, велика је вероватноћа одустајања. Тада је важно развити уверење о позитивним последицама које следе после промене. Код високе самоефикасности и тада треба да се подрже идеје и увид о томе како остварити промену уз истинску веру да је промена могућа.

Не треба имати предрасуде и не треба етикетирати и довести до тога да неко не верује у сопствене могућности и да се осећа лоше. Пребацити кривицу само на дете да је главни кривац што су они као породица на терапији је погрешно и може изазвати само још већи отпор. Када родитељи кроз терапију схвате и прихвате да су они као породица узрок те зависности и када у потпуности прихвате да се то десило јер нису функционисали као систем, онда долази до смањене тензије и напредка у терапији.

Свакако да адолесценти, као и већина малолетника има отпор према ауторитету и нису благонаклони на константе савете и “предавања”.

Од велике важности је укључивање и адолесцента у директно планирање програма. Тиме се он уверава да је његово мишљење важно и да му се допушта самостално доношење одлука и преузимање одговорности. Све ово утиче на доношење одлуке о томе да ли он жели да учествује у третман програма или не. Када је жеља присутна и када су активности плана дана усклађене са потребама и жељама, то је показатељ истинске мотивације за учешћем. Успех је тада извеснији, јер мотивација утиче на став адолесцента према властитој рехабилитацији и самим тим на спречавање евентуалног рецидива.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Bjorn, H., Guttomsson, U., Alistrom, S., Balakireva, O., Bjamason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report. Stockholm: CAN, EMCDDA.
2. Botvin, G., Botvin, E. (1997). School – *Based Programs*. In: J. Lowinson, P. Ruiz, R. Millmanm, J. Lengrod (eds.), *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*, Pennsylvania: Wiliams and Wilkins, pp. 764-775
3. Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, (4), 46-54.
4. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. (2004). *Time trends in adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 45(8): 1350-1362.
5. Deci, E. L. i Ryan, R. M., (2002), *Handbook of self-determination research*, University of Rochester Press, Rochester
6. DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
7. Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). *Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51:313-321. <http://www.niaa.nih.gov/alcohol-health/special-population-co-occurring-disorders/underage-drinking> (приступљено у октобру 2016)
8. Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
9. Festinger. L (1985), *A Theory of Cognitive Dissonance*; Stanford University Press
10. Furlan, I; Kljaić, S.; Kolesarić, V.; Krizmanić, M.; Petz, B; Szabo, S.; Šverko, B., (2005) *Dictionary of Psychology*, Zagreb : Naklada Slap

11. Gendreau, P. i Ross, R., (1983), Correctional treatment: Some recommendations for successful intervention, *Juvenile and Family Court Journal*
12. <http://www.amhd.org/MISA/Training/MI/StrategiesandPrinciples.pdf>
13. <http://www.ehow.com/principles-motivational-interviewing.html>,
(приступљено у октобру 2016)
14. <http://www.motivationalinterview.org/Documents> (приступљено у октобру 2016)
15. <http://www.samhsa.gov/co-occurring/topics/training/motivational.aspx>,
(приступљено у октобру, 2016)
16. <http://www.znanje.org/psihologija/alkoholizam/01/alkoholizam.htm>
(приступљено у октобру 2016)
17. Ilić, Z. (2000) *Resocijalizacija mladih prestupnika, Osnove pedagogije mladih sa poremećajima u društvenom ponašanju* Beograd: Interograf
18. International Centre for the Prevention of Crime Youth Resource Guider (2010).
Participate in Safer Cities
<http://www.un.org/esa/socdev/unyin/wpaydrug.htm#WYR2005>
(приступљено у октобру 2016)
19. John H. Greist, M.D. James W. Jefferson, M.D. Isaac M. Marks (1988) – *Anxiety and Its treatment*, American psychiatric press, Inc,
20. Jung, J. (2001). *Psychology of Alcohol and other Drugs, A Research Perspective*. London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
21. Levy, B., Earleywine, M. (2004). *Discriminating reinforcement expectancies for studying from future time perspective in the prediction of drinking patterns*. Addictive Behaviors 29: 181–190.
22. Lisansky, S. E. (1968). *Psychological Aspects of Drinking and Alcoholism*. International Encyclopedia of the Social Sciences.

23. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
24. Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, *Underage drinking*.
26. Olson DH.(2000). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. Journal of Family Therapy; 22: 144–167.
27. Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
28. Rutter, M. (2000). Children in substitute care: some conceptual consideration and research implications. У: Бацковић, Д. И сар., *Психосоцијални фактори ризика и злоупотреба психоактивних супстанци код адолесцената* (стр.333). Београд: Војносанитетски преглед.
29. Smets AC, Hartup WW.(1988). *Systems and symphoms family cohesion adaptability and childhood behavior problems*. Journal of abnormal psychology; 16 (2): 233-246.
30. Stakić, Đ. (2013) *Adolescencija i delinkvencija: Priručnik za stručnjake u sistemu maloletničkog pravosuđa*: International managment group – IMG
31. Znanje.org. *Етиолошки фактори алкохолизмау адолесцентској популацији*. (Интернет)
32. Žunić-Pavlović, V.P. (2004), *Evaluacija u resocijalizaciji*. Beograd: Partenon

33. Бошковић, М. (2002) *Социјална патологија*, Нови Сад, Правни факултет у Новом Саду, Центар за издавачку делатност.
34. Ваљан Вукић В. (2009). *Обитељ и школа-темељни чимбеници социјализације*. Магистра Иадертина;4(1)
35. Гачић, Б. (1987) *Алкохолизам појединца и друштва*, Београд: Завод за издавачку делатност “Филип Вишњић”.
36. Голднер-Вуков М. (1988). *Породица у кризи*. Медицинска књига. Београд-Загреб.
37. Деспотовић, А., Игњатовић, М., Фридман, Б. (1987) *Алкохолизам- етиологија, клиника, лечење и превенција*, Ниш, Институт за документацију заштите на раду.
38. Димитријевић, И. (2004). *Болести зависности, дијагностика, лечење, превенција*. Београд: КИЗ Центар.
39. Димитријевић, И. (1992). *Алкохолизам младих*, Београд: Nina-Press.
40. Димитријевић, И. Гачић, Б., Настасић, П., Здјелар, С., Поповић, А., Чупић, Т. (1992). *Специфичност пијења ученика основних и средњих школа – Предлог превентивних мера*. Психијатрија данас (1- 2): 103-119.
41. Драгишић-Лабаш, С. Милић, М. (2006), *Болести зависности као болест друштва, породице и појединца: Критика нечињења*, Београд: Институт за неуропсихијатријске болести “Др Лаза Лазаревић”.
42. Ђорђевић, Б. (1995). *Личност адолесцента*. У: Марковић, П. Адолесцентна криза. Београд: Белетра.
43. Ивановић С, Дицков А, Мишић Г. (2005). *Породична дисфункционалност код адолесцената са суцидалним понашањем и адолесцената са поремећајем понашања*. Медицински преглед;58(5-6): 240-244.
44. Југовић, А. (2005). *(Зло)употреба алкохола у омладинској популацији Србије*. Социјална мисао 2- 3: 2005.

45. Лажетић Г, Паноски Р, Филиповић С, Светозаревић С. (2010) *Значај примарне породице у рехабилитационој фази лечења зависника од психоактивних супстанци*. Психијатрија данас; 42(2): 127-135.
46. Љубичић, М. (2007). *Анализа досијеа малолетних преступника: пилот студија о породичној патологији*. Социјална мисао 54(2): 63-83.
47. Минић, Ј.(2009). *Породица у кризи*. Зборник радова Филозофског факултета у Приштини. 2009; 39:425-435.
48. Ненадовић М, Шапић Р, Ненадовић Н. (2012). *Дисфункционалност основне породице као чинилац који подстиче развој политоксикоманије код младих људи*. Српски архив за целокупно лекарство; 140(1-2): 71-76.
49. Станковић. З. Беговић, Д. (2003). *Алкохолизам од прве до последње чаше*. Београд: Креативни центар.
50. Тодоровић, Ј. Матејевић, М. (2012). *Структура и функционалност породица студената Универзитета у Нишу*, Зборник радова, Образовање и савремени универзитет, Филозофски факулете, Ниш; 293-307.
51. Ћирић-Јанковић, С., Кисин, С., Килибарда, Б. Бјелоглав, Д. (2008) *Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008*, Београд, Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут”.
52. Ћурчић, В. (ур.) (2001). *Адолесценција у вртлогу*, Београд: IP Жарко Албуљ.